

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman

VÄLIARVIOINTI

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	Huhtikuu 2012
Tekijät	Toimeksiantaja
Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatyöryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
Kansanterveyden neuvottelukunta	HARE-numero ja toimeilimen asettamispäivä
Muiston nimi	
Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi	

Tiivistelmä

■ Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta linjaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä yhteiskunnan eri osa-alueilla pitkällä aikavälillä. Ohjelman toimeenpanoa koordinoi kansanterveyden neuvottelukunta yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Muut hallinnonalat ja eri toimijatahot osallistuvat laajasti ohjelman toimeenpanoon.

Suomen terveystalouden tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Yleistavoitteiden lisäksi ohjelmassa on kahdeksan yksityiskohtaisempaa tavoitetta ja 36 valtioneuvoston linjaamaa toimintasuuntaa koskien lasten, nuorten, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämistä sekä eri toimijoille asetettuja haasteita.

Eri hallinnonalojen terveyttä edistävää työtä on arvioitu nelivuotiskausittain eduskunnalle annetuissa sosiaali- ja terveystietokertomuksissa. Ohjelman tuloksellisuutta on arvioitu tässä raportissa seurantaan varten määritettyjen Terveys 2015 -indikaattoreiden avulla. Toimintasuuntien toteutumista vuosien 2000–2011 aikana on arvioitu kuvaamalla linjauksia toteuttava lainsäädäntö, kansalliset ohjelmat, oppaat, suositukset, suurimmat hankkeet ja muut kansallista toimintaa tukevat rakenteet.

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kehittyneet 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä sekä myönteiseen että kielteiseen suuntaan. Elintavat ovat monelta osin parantuneet, työikäisten hyvinvointi ja ikäihmisten toimintakyky ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan ja eliniän odote on kasvanut. Lapsiperheiden toimeentulo on heikentynyt ja lasten huostaanotot lisääntyneet. Lasten ja aikuisten lihominen on lisääntynyt. Myös väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet.

Kansalliset ohjelmat, oppaat, suositukset ja lainsäädäntö ohjaavat ja toteuttavat kattavasti Terveys 2015 -ohjelman mukaista toimintaa. Kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävää työtä, tietopohjaa, johtamista, toimeenpanorakenteita ja hyviä käytäntöjä on edelleen tarvetta vahvistaa. HiAP-periaatteen toteutuminen valtakunnallisesti ja paikallisesti sekä väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen ovat ohjelman loppukauden painotuksia.

Asiasanat

HiAP, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, kansanterveys, terveystalouden arviointi, Terveys 2015

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037	127
	Kieli
	Suomi

ISBN 978-952-00-3207-4
URN:ISBN:978-952-00-3207-4
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3207-4>

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	April 2012
Författare	Uppdragsgivare
Social- och hälsovårdsministeriets och Institutet för hälsa och välfärds expertgrupp	Social- och hälsovårdsministeriet
Folkhälsodelegationen	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Rapportens titel

Lägesutvärdering av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015

Referat

■ Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 drar upp riktlinjerna för främjande av välbefinnande och hälsa inom olika delområden i samhället på lång sikt. Genomförandet samordnas av folkhälsodelegationen tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet. Övriga förvaltningsområden och olika aktörer deltar i stor utsträckning i att verkställa programmet.

Målet för Finlands hälsopolitik är att öka de friska levnadsåren med bibehållen funktionsförmåga samt att minska hälsoskillnaderna mellan de olika befolkningsgrupperna. Förutom de allmänna målen ingår i programmet åtta mer detaljerade mål och 36 inriktningar för verksamheten, som statsrådet utformat beträffande främjandet av hälsan för barn, unga, personer i arbetsför ålder och äldre personer samt utmaningar som ställts på olika aktörer.

Det hälsofrämjande arbetet inom olika förvaltningsområden har utvärderats i hälsoberättelser som vart fjärde år överlämnats till riksdagen. Programmets resultat har utvärderats med Hälsa 2015-indikatorer, som i denna rapport fastställts för uppföljningen. Det hur inriktningarna för verksamheten förverkligats under åren 2000-2011 har utvärderats genom att beskriva den lagstiftning, de riksomfattande program, handböcker, rekommendationer och största projekt genom vilka riktlinjerna genomförs samt övriga strukturer som stöder den nationella verksamheten.

Finländarnas hälsa och välfärd har under 2000-talets första årtionde utvecklats i både positiv och negativ riktning. Levnadsvanorna har förbättrats i flera avseenden, välbefinnandet för människor i arbetsför ålder och äldre människors funktionsförmåga har utvecklats i positiv riktning och den förväntade livstiden har förlängts. Å andra sidan har barnfamiljernas utkomst försvagats och omhändertagandena av barn ökat. Övervikten bland barn och vuxna har ökat. Även hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupper har ökat.

De riksomfattande programmen, handböckerna, rekommendationerna samt lagstiftningen styr och bidrar till att på ett övergripande sätt genomföra verksamhet enligt programmet Hälsa 2015. Det är fortfarande behövligt att stärka arbetet för att främja välbefinnandet och hälsan, kunskapsunderlaget, ledarskapet, genomförandestrukturerna och god praxis i kommunerna. Insatsområdena i programmet under dess slutperiod är att fullfölja HiAP-principen (Health in All Policies/hälsa inom alla politikområden) på riksomfattande och lokal nivå samt att minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupper.

Nyckelord

Folkhälsa, främjande av välbefinnande och hälsa, HiAP, Hälsa 2015, utvärdering av hälsopolitiken

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:4

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037

Sidoantal

127

Språk

Finska

ISBN 978-952-00-3207-4

URN:ISBN:978-952-00-3207-4

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3207-4>SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1	Johdanto	7
2	Terveyspolitiikan haasteet ja kehityssuunnat 2000-luvulla	11
3	Kansanterveyden Kehityssuunnat ja muutostekijät	14
4	Keskeiset tavoitteet ja niiden toteutuminen vuoteen 2010 mennessä	16
4.1	Ikäryhmittäiset tavoitteet	16
4.2	Kaikille yhteiset tavoitteet	33
4.3	Yhteenveto	36
5	Kansalliset ohjelmat	37
5.1	Laatusuositukset ohjauksen välineenä	37
5.2	Politiikkaohjelmat terveyden edistäjinä	40
5.3	Muut kansalliset ohjelmat	43
5.4	Yhteenveto	55
6	Terveys 2015 -KANSANTERVEYS-ohjelman Rahoitus	58
7	Haasteet elämän kulun eri vaiheissa	59
7.1	Lasten ja nuorten terveys	59
7.1.1	Lainsäädäntö	60
7.1.2	Kansalliset rakenteet ja muu toiminta	63
7.1.3	Oppaat ja suositukset	64
7.1.4	Kansalliset ohjelmat ja hankkeet	66
7.1.5	Seurantajärjestelmät ja indikaattorit	70
7.1.6	Yhteenveto	71
7.2	Työikäisten terveys	74
7.2.1	Lainsäädäntö	74
7.2.2	Kansalliset rakenteet ja muu toiminta	75
7.2.3	Oppaat, suositukset ja valtioneuvoston periaatepäätökset	77
7.2.4	Kansalliset ohjelmat ja hankkeet	78
7.2.5	Yhteenveto	82
7.3	Ikääntyneiden terveys	84
7.3.1	Lainsäädäntö	85
7.3.2	Oppaat ja suositukset	85
7.3.3	Kansalliset ohjelmat ja hankkeet	88
7.3.4	Yhteenveto	89
8	Haasteet toimijoille ja niihin vastaaminen	91
8.1	Kuntien rooli on keskeinen	91
8.1.1	Lainsäädäntö	91
8.1.2	Oppaat ja suositukset	92
8.1.3	Kansalliset ohjelmat ja hankkeet	93
8.1.4	Muut toimenpiteet	97
8.1.4	Kuntien ja järjestöjen hankerahoitus	99

8.1.5	Yhteenveto.....	99
8.2	Terveysthuoltojärjestelmä ja terveyden edistäminen	102
8.2.1	Lainsäädäntö	102
8.2.2	Oppaat ja suositukset	104
8.2.3	Kansalliset ohjelmat ja hankkeet.....	104
8.2.4	Yhteenveto.....	106
8.3	Elinkeinoelämä	107
8.3.1	Lainsäädäntö	107
8.3.2	Oppaat, suositukset ja hankkeet.....	108
8.3.3	Muut toimenpiteet	109
8.3.4	Yhteenveto.....	109
8.4	Kansalaisjärjestöt ja kansalaistoiminta.....	110
8.4.1	Lainsäädäntö	110
8.4.2	Muut toimenpiteet	110
8.5	Tutkimus ja koulutus	111
8.5.1	Terveyden edistämisen tutkimusohjelmat	112
8.5.2	Terveyden edistämisen näkökulma ammatillisessa koulutuksessa.....	113
8.6	Kansainvälinen toiminta	115
8.7	Terveysvaikutusten arviointi.....	117
8.7.1	Lainsäädäntö	117
8.7.2	Muu toiminta	117
8.7.3	Yhteenveto.....	118
9	Päätöksen seuranta ja päivittäminen	120
10	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	121
10.1	Johtopäätökset	121
10.2	Jatkotoimenpiteet.....	125
LIITTEET	126

1 JOHDANTO

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (jatkossa myös Terveys 2015 -ohjelma) linjaa terveyden edistämistä pitkällä aikavälillä. Se on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen yhteiskunnan kaikilla sektoreilla, ja on tarkoitettu terveydenhuollon ohella myös muille hallinnonaloille. Ohjelman toimeenpanoa koordinoi kansanterveyden neuvottelukunta yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Muut hallinnonalat ja eri toimijatahot osallistuvat laajasti ohjelman toimeenpanoon.

Valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta toukokuussa 2001. Ohjelmaan on kirjattu, että sen toteutumista seurataan säännöllisesti osana valtioneuvoston ja ministeriöiden toiminnan yleistä seuranta. Lisäksi mainitaan, että tavoitteiden toteutumista arvioidaan ja tarvittaessa esitetään uusia toimenpiteitä. Eri hallinnonalat ja hallinnontasot laajasti kattava seuranta tuli tehdä nelivuotiskausittain annettavan sosiaali- ja terveystietomuksen yhteydessä. Terveyden edistämisen rakenteiden, voimavarojen ja toiminnan suuntaamisen ulkoinen arviointi päätettiin toteuttaa yhteistyössä WHO:n kanssa vuonna 2001 ja kansallisen terveyspolitiikan ulkoinen arviointi tuli toteuttaa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.

Ulkoinen arviointi WHO:n kanssa¹ toteutettiin heti Terveys 2015 -ohjelman hyväksymisen jälkeen vuonna 2001. Arviointi antoi palautetta aiempien vuosien terveyspolitiikasta. Uuden ohjelman toimeenpanoon tehtiin ehdotuksia muun muassa kansanterveyden neuvottelukunnan roolin vahvistamisesta, terveys kaikissa politiikoissa käsitteen viemisestä käytäntöön ja kuntien roolin vahvistamisesta.

OECD arvioi Suomen terveydenhuoltoa vuonna 2005². Terveys 2015 -ohjelman näkökulmasta arvioinnin esille nostama seikka oli kansalaisten epätasa-arvo hoitoon pääsyssä. Arvioinnissa esitettiin, että terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy tulisi nostaa tärkeämmiksi prioriteeteiksi kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Raportti korosti erityisesti terveyskeskusten ehkäisevän toiminnan kustannusvaikutavuutta.

Terveys 2015 -ohjelman kahdeksan tavoitteen seurantaan valittiin vuonna 2003 laajan asiantuntijatyön pohjalta seurantaindikaattorit³. Seurantaindikaattorit ryhmiteltiin avainindikaattoreiksi ja ns. täydentäviksi indikaattoreiksi. Terveys 2015 -indikaattoreista luotiin SOTKANet-verkkopalveluun (www.sotkanet.fi) erillinen seurantaindikaattoreiden kansio. Ohjelman tavoitteita on seurattu ja tuloksista raportoitu myös vuosina 2002, 2006 ja 2010 eduskunnalle annetussa Sosiaali- ja terveystietomuksessa.

Seuraavat tilannekatsaukset kuvaavat tavoitteiden toteutumista tietyillä osaluilla; Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta⁴, Väestöryhmien väliset terveyserot 2004⁵ ja 2008 ja Lapsiperheiden hyvinvointi 2009.⁶

¹ Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämis-ehdotukset. STM selvityksiä 2002:18

² OECD Reviews of Health Systems. Finland. 2005

³ KTL, Stakes, TTL: Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutumisen seuranta. Moniste 16.5.2003.

⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2006:71.

Stakes arvioi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuutta, toimeenpanoa ja sisältöä kuntien näkökulmasta vuonna 2007⁷. Ohjelma tunnettiin sosiaali- ja terveyssektorilla hyvin, mutta sitä ei tunnettu kovin hyvin muilla hallinnonaloilla tai luottamushenkilöiden keskuudessa. Selvityksen mukaan tunnettavuutta oli heikentänyt valtionhallinnossa tuotettujen julkaisujen suuri määrä. Ohjelman statuksen selkeyttäminen olisi ollut monien ohjelmien joukossa tarpeen. Kuntien edustajien näkemys oli, että ohjelma oli edelleen sisällöltään melko ajantasainen, joskin painotusten ja sisällöllisten haasteiden osalta sitä olisi tarpeen uudistaa. Uudistamisessa toivottiin toimeenpanorakenteiden luomista ja erillisen toimeenpano-ohjelman laatimista, seurantajärjestelmää ja vastuutusta eri tasoille, rahoitusta toimeenpanolle sekä toimeenpanon seuranta. Ehdotuksiin ohjelman uudistamisesta on osittain vastattu sisällyttämällä ehdotuksia toukokuussa 2011 voimaantulleeseen terveydenhuoltolakiin ja kehittämällä kuntien terveyden edistämisen seurantajärjestelmiä.⁸

Kansanterveyden neuvottelukunta esitti, että Terveys 2015 -ohjelmasta tehtäisiin väliarviointi, jossa luotaisiin kokonaiskuva tavoitteiden ja toimintalinjausten toteutumisesta ja ohjelman toimeenpanosta. Arviointiin katsottiin olevan käytettävissä runsaasti jo olemassa olevaa aineistoa. Terveys 2015 -ohjelman seurantaindikaattoritiedot (2003) kunta- tai aluekohtaisesti löytyvät suurelta osin SOTKANet- ja Terveysme.fi -verkkopalveluista. Ohjelman käyttöä ja tavoitteiden toteutumista kunnissa on selvitetty Stakesin tekemän arvioinnin⁹ lisäksi terveyskeskuskyselyissä vuosina 2006¹⁰ ja 2009¹¹ sekä kuntakyselyissä vuosina 2004¹², 2008¹³ ja 2011¹⁴.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kehittämä TEAviisari-verkkopalvelu, kuvaa monella tavalla Terveys 2015 -ohjelman toteutumista kunnissa. Verkkopalvelu perustuu joka toinen vuosi kunnan eri toimialoille tehtäviin kyselyihin ja kuvaa toimialojen terveydenedistämisaktiivisuutta seitsemällä osa-alueella: sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus ja muut ydintoiminnot (www.THL.fi/teaviisari).

Väliarvioinnin raportti noudattelee Terveys 2015 -ohjelman rakennetta. Luvussa kaksi käsitellään terveyspolitiikan keskeisiä haasteita ja kehityssuuntia 2000-luvulla ja luvussa kolme kansanterveyden kehityssuuntia ja muutostekijöitä. Luvussa neljä

⁵ STM. 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2004:12.

⁶ Lammi-Taskula Johanna, Karvonen Sakari ja Ahlström Salme (toim.). 2009. Lapsiperheiden hyvinvointi. THL. Helsinki.

⁷ Muurinen S, Perttilä K ja Ståhl T, 2008. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakes Raportteja 19/2008.

⁸ www.thl.fi/Teaviisari

⁹ Muurinen S, Perttilä K ja Ståhl T, 2008. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakes Raportteja 19/2008.

¹⁰ Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E ja Rimpelä A, 2006. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraporttikyselystä terveyskeskusjohdolle. Stakes. Tampere.

¹¹ Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ja Ståhl T (toim.), 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19/2009. Helsinki.

¹² Poikajärvi K ja Perttilä K, 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöiden kyselystä 2004. Stakes. Työpapereita 4/2006. Helsinki.

¹³ Wilskman K, Ståhl T, Muurinen S ja Perttilä K, 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakes. Työpapereita 16/2008. Helsinki.

¹⁴ Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V ja Vuori M, 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL. Raportti 55/2011. Tampere

kuvataan, miten ohjelman kahdeksan keskeistä tavoitetta, ikäryhmäkohtaiset tavoitteet ja yleiset tavoitteet, ovat toteutuneet ohjelmakauden aikana vuoteen 2011 mennessä ohjelman seurantaindikaattoreilla tarkasteltuna. Mittareina käytetään vuonna 2003 määriteltyjä Terveys 2015 -indikaattoreita. Muutokset kuvaavat ohjelman tuloksellisuutta pitkällä aikavälillä. On huomattava, että seurantaindikaattoreiden osoittamiin muutoksiin vaikuttavat monet muutkin yhteiskuntapoliittiset, yhteisölliset ja yksilölliset tekijät kuin mitä Terveys 2015 -ohjelmassa on painotettu ja mitä ohjelman puitteissa on tehty. Luvussa viisi kootaan ohjelman tavoitteisiin vaikuttavat laatusuositukset, politiikkaohjelmat ja muut kansalliset ohjelmat. Kansallisia ohjelmia ja niiden tuloksia kuvataan luvussa viisi yleisellä tasolla, yksityiskohtaisempia viittauksia esitetään luvuissa seitsemän ja kahdeksan. Luvussa kuusi hahmotetaan kansanterveysohjelman toimeenpanoon liittyvää rahoitusta.

Terveys 2015 -ohjelmaan sisältyy 36 valtioneuvoston linjaamaa toimintasuuntaa. Toimintasuunnat 1–13 kohdentuvat haasteisiin elämäntien eri vaiheissa. Toimintasuunnat 14–33 sisältävät haasteita kunnille, terveydenhuoltojärjestelmälle, elinkeinoelämälle, kansalaisjärjestöille, tutkimukselle ja koulutukselle sekä kansainväliselle toiminnalle. Toimintasuunnissa 34–36 todetaan päätösten seuranta. Luvussa seitsemän kuvataan, miten valtioneuvoston asettamia toimintasuuntia on toteutettu lasten ja nuorten terveyden, työikäisten terveyden sekä ikääntyneiden terveyden edistämiseksi vuosien 2001–2011 aikana ja luvussa kahdeksan eri toimijoille asetettujen tavoitteiden toteutumista.

Raportissa kuvataan, miten kuhunkin toiminnan linjaukseen on vastattu kansallisella tasolla lainsäädännön, oppaiden ja laatusuositusten, ohjelmien ja hankkeiden sekä muiden toimenpiteiden avulla. Tarkastelussa painottuvat sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tehtävät, vaikka muiden ministeriöiden hallinnonaloille kuuluvista tehtävistä myös monet toteuttavat Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita. Näistä on tehty yhteenvetoa eri lukuihin, erityisesti ikäryhmäkohtaiseen tarkasteluun lukuun seitsemän. Raportissa jää mainitsematta monia samaan tavoitteeseen johtavia muiden ministeriöiden lainsäädäntöön, ohjelmatoimintaan ja toimenpiteisiin sisältyviä merkittäviäkin tehtäviä. Samoin kuvaamatta jää paljon sitä monialaista Terveys 2015 -ohjelman toimintalinjausten mukaista työtä, jota on tehty aluehallinnossa, sairaanhoitopiireissä, järjestöissä ja ennen kaikkea kuntien eri hallinnonaloilla. Hanketyöstä mainitaan esimerkkeinä vain suurimpia kansallisesti toteutettuja Terveys 2015 -ohjelman mukaisia hankkeita. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön myöntämällä terveyden edistämisen määrärahoilla toteutetuista terveyden edistämisen hankkeista esitetään vain aihepiiri-kohtainen yhteenveto ja mainitaan joitakin pidempiaikaisia hankkeita.

Toiminnan ja tulosten välille ei voida vetää suoraan johtopäätöksiä. Raportissa kerrotaan, miten suunnitellut toimenpiteet ovat toteutuneet kansallisella tasolla ja miten tavoitteita on toteutettu kuntien eri hallinnonalojen toiminnassa ja millaisia muutoksia pitkällä aikavälillä väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilassa on tapahtunut.

Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toimiva kansanterveyden neuvottelukunta on vastannut Terveys 2015 -ohjelman valmistelusta, toimeenpanosta ja seurannasta. Neuvottelukunnan tehtävänä on tukea kansanterveyden kehittämiseen tähtäävien toimenpiteiden toteuttamista yhteiskunnan eri lohkoilla, erityisesti myös terveydenhuollon ulkopuolella (VN asetus 67/1997), seurata kansanterveyden kehitystä ja terveyspolitiikan toteutumista, kehittää valtakunnallista terveyspolitiikkaa ja rakentaa terveyttä edistävää yhteistyötä eri hallinnonalojen, järjestöjen ja muiden tahojen kesken. Neuvottelukunnassa ovat edustettuina useat hallinnonalat, kuntakenttä, terveyspalvelujärjestelmä, kansalais- ja ammattijärjestöt sekä terveystutkimus.

Kansaterveyden neuvottelukunta on vastannut Terveys 2015 -väliraportin toimitamisesta. Aineistoa raporttiin ovat tuottaneet lukuisat asiantuntijat sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen eri osastoilta, Työterveyslaitokselta, Terveiden edistämisen keskukselta (Tekry, nyk.Soste) ja Suomen Akatemiasta.

2 TERVEYSPOLITIIKAN HAASTEET JA KEHITYSSUUNNAT 2000-LUVULLA

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa laadittaessa 2000-luvun alussa terveyspoliittiset haasteet olivat hyvin samansuuntaisia nykypäivän haasteisiin nähden. Euroopan unionin jäsenenä ja tiiviin kansainvälisen yhteistyön myötä kansainväliset päätökset vaikuttavat yhä enenevässä määrin myös Suomen omaan päätöksentekoon. Monien terveysriskien sääntelyssä kansallinen toimivalta on siirtynyt Euroopan unionille ja monet EU-päätökset vaikuttavat myös suomalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Euroopan integraatio on syventynyt ja ihmisten liikkuvuus rajojen yli kasvanut.

Sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä yhteiskunnan perustana ovat korkea työllisyys, terveet ja toimintakykyiset kansalaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääntyminen lisää ihmisten mahdollisuuksia käyttää voimavarojaan itsensä, yhteisönsä ja yhteiskunnan hyväksi. Siihen on luotava entistä paremmat mahdollisuudet. Tämä tarkoittaa ehkäisevän työotteen painottamista ja hyvinvoinnin aktiivista parantamista entistä enemmän.

Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat Suomessa kasvaneet viimeisten viidentoista vuoden aikana. Absoluuttinen köyhyys ja työttömyys ovat vähentyneet, mutta väestöryhmittäiset erot kasvaneet. Lapsiperheiden työmarkkina-asema, koulutus, lapsiluku ja lasten ikä ovat yhteydessä toimeentulo-ongelmiin. Suurena toimeentulo-ongelmien riskinä on työmarkkinoiden ulkopuolelle jääminen¹⁵. Työttömyys on tutkimusten mukaan yhteydessä koettuun hyvinvointiin, fyysiseen terveyteen ja mielenterveyteen. Yhteys voi olla kaksisuuntainen: työttömyys aiheuttaa hyvinvointivajeita ja huono terveys voi johtaa työttömyyteen.

Suomalaisten terveyden tila on monelta osin kehittynyt myönteisesti. Väestön keskimääräisen terveen elinajan pidentyminen on ollut yksi terveystalouden keskeinen haaste ja siinä on yleisesti ottaen onnistuttu. Suomalainen voi odottaa vuonna 2011 elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000. Sen sijaan väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet ja tuloryhmien välinen ero elinajanodotteessa lisääntynyt¹⁶. Esimerkiksi koulutettujen ja hyvätuloisten odotettavissa oleva elinikä on useita vuosia pidempi kuin vähän koulutettujen ja pienituloisten. Suuri osa eroista selittyy elämäntapaan liittyvillä valinnoilla, osa palvelujärjestelmään liittyvillä rakenteellisilla tekijöillä¹⁷.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen haasteena on vaikuttaminen eriarvoisuuteen sosiaalipoliittisin ja palvelujen tasapuolisen tarjonnan keinoin. Terveyserojen kaventamisen yhtenä haasteena on vaikuttaa ihmisten elintapoihin tiedottamisen ja kulutuksen verotuksen kautta.

Väestön vanheneminen sekä kulttuurinen ja etninen moninaistuminen nähtiin vuosikymmenen alussa terveystalouden kannalta haasteellisena. Maahanmuuttajien ja heidän perheidensä kotouttaminen suomalaiseen yhteiskuntaan on tärkeää, jotta he pääsevät kiinni työelämään. Vanhusten määrän kasvu on merkinnyt sosiaali- ja terve-

¹⁵ Vaarama M, Moisio P ja Karvonen S (toim.). 2010. Suomalaisten hyvinvointi. Yliopistopaino Helsinki.

¹⁶ Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011, STM julkaisuja 2008:16 ja Väiliraportti terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanosta (luonnos 2010)

¹⁷ Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E (toim.). 2007. Terveystalouden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.

yspalvelujen tarpeen ja kustannusten lisääntymistä. Sosiaali- ja terveystieteiden tehtävänä on löytää keinoja siihen, miten ikäihmiset selviytyvät omassa kodissaan entistä pidempään. Heille on turvattava riittävä ja luotettava apu ja tarjottava mahdollisuus olla aktiivisia omien palvelujensa suunnittelussa. Iäkkäiden tarpeisiin vastaaminen kuuluu koko yhteiskunnalle. Se on julkisen ja yksityisen sektorin, kolmannen sektorin ja vapaaehtoistyön yhteistyötä.

Teknologian, lääketieteen ja muiden tieteenalojen kehityksen on nähty luovan uusia edellytyksiä sairaanhoidolle, terveyden edistämiseksi ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Myös tässä kehityksessä nähdään taloudellisesti, tiedollisesti ja kulttuurisesti eri asemassa olevien henkilöiden välillä uhkia. Toiset hyötyvät kehityksestä, toiset syrjäytyvät entistä enemmän. Terveyttä ja siihen vaikuttamista koskevaa tietoa on entistä enemmän saatavilla. Tavoitteena on välittää tietoa siinä muodossa, että se on kaikkien väestöryhmien käytettävissä ja hyödynnettävissä. Terveystiedon saaminen koulujen perusopetukseen lisää lasten ja nuorten tiedollisia, sosiaalisia ja toiminnallisia valmiuksia omille valinnoille. Riittävän ja ammattitaidoiltaan sopivan henkilöstön saatavuus on tulevaisuuden haasteita.

Kuntien merkitys on 2000-luvun alussa kasvanut terveystieteiden toteutuksessa ja hallintokäytännöissä on nähty tarpeelliseksi siirtyä yhä enemmän 'ylhäältä alas' johdetusta ohjauksesta 'alhaalta ylös' ohjautuvaan ja osallistuvaan päätöksentekoon. Suuntaus on jatkunut vuosikymmenen ajan. Kansallisessa terveystieteiden ohjauksessa on haettu yhä enemmän vuorovaikutteisia kehittämisen ja informaatio-ohjauksen muotoja. Kehityssuuntana ovat olleet kunta- ja alueyhteistyön vahvistaminen ja laajapohjaiset kansalliset kehittämishankkeet. Terveystieteiden ohjaus on painottunut lainsäädännön lisäksi informaatio- ja resurssiohjauksen yhdistelmiin painottaen vuorovaikutteisuutta. Ohjauksen vaikuttavuutta on tarpeen arvioida ja edelleen kehittää.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on strategisena tavoitteena vahvistunut kuntien ja alueiden toiminnassa. Vaikuttavien keinojen löytäminen ja niiden vakiinnuttaminen ovat olleet ja ovat edelleen haasteellinen tehtävä. Kehittämistyön tavoitteena on ollut pysyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden luominen. Tällä tarkoitetaan yhtenevien seuranta- ja raportointijärjestelmien kehittämistä, johtamisen ja toimeenpanorakenteiden vahvistamista mahdollistamaan hallinnonalat ylittävän yhteistyön ja vastuun jakamisen, vaikuttavien toimintakäytäntöjen ja menetelmien vakiinnuttamista sekä hyvinvointiosaamisen vahvistamista. Kehittämistyö tarvitsee edelleen panostusta, jatkuvuutta ja tukea normiohjaukselta. Vuonna 2010 hyväksytty terveydenhuoltolaki (1326/2010) sisältää säännöksiä kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamisesta. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmaan on kirjattu, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan.

Kansallisen sosiaali- ja terveystieteiden strategian, Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, strategisia valintoja ovat: hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta. Strategisiin valintoihin sisältyy Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ydinajatuksena terveys ja hyvinvointi osana kaikkea päätöksentekoa, hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen sekä ympäristön elinkelpoisuuden vahvistaminen. Toimijoina ovat sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi kaikki hallinnonalat ja muut tervettä yhteiskuntapolitiikkaa toteuttavat toimijat. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) tarkoittaa ja vahvistaa kuntien ja alueiden tehtäviä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa, seurannassa

ja arvioinnissa sekä toimeenpanorakenteiden luomisessa ja laaja-alaisessa yhteistyössä.

3 KANSANTERVEYDEN KEHITYS- SUUNNAT JA MUUTOSTEKIJÄT

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa Suomen terveystalouden yleistavoitteiksi asetettiin samat tavoitteet kuin vuonna 1986 Suomen Terveystalouden -politiikalle asetetut tavoitteet: terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen.

Ennen aikaisten kuolemien vähentämisen eli **lisää vuosia elämään** -tavoitteen osalta kehitys on ollut myönteistä. Suomalaisten elinikä on pidentynyt edelleen. Vuonna 2010 naisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä oli 83,5 vuotta ja miesten 76,9 vuotta¹⁸. Suomalaisten keskimääräinen elinikä on melko pitkä verrattuna Euroopan muihin maihin.

Myös kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähenemisen eli **lisää terveyttä elämään** -tavoitteen osalta kehitys on ollut myönteistä. Suomalaisten terveydentila kokonaisuutena on 2000-luvulla kohentunut. Eräät kansantaudit, erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet ja väestö on saanut lisää terveitä elinvuosia elämään.

Sairastuvuus ja kuolleisuus verenkiertoelinsairauksiin on vähentynyt edelleen. Myönteistä kehitystä uhkaa kuitenkin väestön lihominen ja fyysisen aktiivisuuden väheneminen, jotka lisäävät diabeteksen yleisyyttä. Lihavuus on tällä hetkellä yksi suomalaisten terveyttä eniten uhkaavista tekijöistä. Tyypin 2 diabetes on nopeasti lisääntynyt Suomessa; jo yli puoli miljoonaa suomalaista sairastaa diabetesta. Diabetesriskin lisäksi lihavuuteen liittyy kohonnut riski verenpainetautiin, metaboliseen oireyhtymään, sepelvaltimotautiin, uniapneaan, nivelrikkoon ja eräisiin syöpiin.

Sydän- ja verisuonitautien jälkeen syöpätaudit ovat suomalaisten yleisin kuolinsyy. Miesten yleisin syöpä on eturauhassyöpä ja naisilla rintasyöpä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat mielenterveyden häiriöiden ohella enemmän työkyvyttömyyttä, laadukkaiden elinvuosien menetyksiä ja kustannuksia kuin mikään muu sairausryhmä. Myönteiset muutokset tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta ovat tapahtuneet enimmäkseen nuorissa ikäryhmissä.

Alkoholin kulutuksen kasvua on seurannut alkoholista aiheutuvien haittojen yleistyminen. Alkoholiperäisistä taudeista ja tapaturmaisista alkoholimyrkytyksistä on tullut merkittävä työikäisten kuolemansyy. Runsas alkoholinkäyttö liittyy myös tapaturmiin ja tapaturmaiseen kuolleisuuteen. Työ- ja liikennetapaturmat ovat Suomessa vähentyneet, mutta muut tapaturmat ovat yleistyneet. Tapaturmat ovat syynä huomattavaan osaan lasten ja nuorten kuolemista.

Depressio on kansanterveydelle merkittävä mielenterveyden häiriö; sitä sairastaa noin viisi prosenttia aikuisväestöstä. Väestötutkimuksiin perustuvaa näyttöä depression yleistymisestä ei ole, joten masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen taustalla on pikemminkin hoitomahdollisuuksien ja -käytäntöjen sekä hoitoon hakeutumisen muutokset. Vakavimmat mielenterveydenhäiriöt eivät ole myöskään lisääntyneet. Vaikka itsemurhakuolleisuus on Suomessa voimakkaasti vähentynyt, ovat itsemurhat edelleen merkittävä kansanterveysongelma. Suomi johtaa pohjoismaisia itsemurhakuolleisuustilastoja.

Uudentyyppisiä ja lisääntyviä terveysongelmia ovat esimerkiksi osteoporoosi, allergiat ja dementia. Arvioidaan, että osteoporoosi tai pienentynyt luuntiheys on osasyynä 30 000–40 000 murtumaan vuodessa. Uudet sukupolvet kärsivät atopiasta ja

¹⁸ Tilastokeskus: www.stat.fi

allergiasta enemmän kuin heidän vanhempansa. Allergisten sairauksien lievä yleistyminen näyttää jatkuvan Suomessa. Väestön ikääntymisen seurauksena dementia on yleistynyt. On arvioitu, että noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt tarvitsee tulevana vuosina huolenpitoa dementian takia.

Terveysten ja toimintakyvyn aiempaa parempi säilyminen läpi elinvuosien eli **lisää elämää vuosiin** -tavoitteen osalta kehitys on ollut myös myönteistä. Suomalaisten työkyky on yleisesti ottaen hyvä. Valtaosa työntekijöistä ilmoittaa jaksavansa hyvin. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä ei ole enää kasvanut. Myös ikääntyneiden toimintakyky on selvästi parantunut.

Eri sukupuolten, sosioekonomisten ryhmien ja eri alueilla asuvien välisten terveyserojen pienentymisen eli **väestöryhmien välisten terveyserojen väheneminen** -tavoitetta ei ole saavutettu. Vaikka suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat kehittyneet monella tapaa myönteisesti, ovat väestöryhmittäiset erot kasvaneet. Sosiaaliryhmien välillä on eroja kuolleisuudessa, pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydessä, mielenterveydessä, sairauksien biologisissa riskitekijöissä ja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa. Myös miesten ja naisten sekä siviilisäätien väliset erot terveydessä ovat huomattavia. Terveyseroja on lisäksi maantieteellisten alueiden välillä. Sosiaaliryhmien väliset erot ilmenevät yleensä asteittaisina siten, että terveydentila on sitä parempi mitä koulutetumpia ja mitä korkeammalla ammatillisessa arvoasteikossa henkilöt ovat ja mitä suuremmat heidän tulonsa ja varallisuutensa ovat. Sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tärkeimmät syyt ovat elinoloissa ja elintavoissa, kuten alkoholinkäytössä, tupakoinnissa, ravitsemuksessa ja liikunnassa.

4 KESKEISET TAVOITTEET JA NIIDEN TOTEUTUMINEN VUOTEEN 2010 MENNESSÄ

Kansanterveysohjelman yleisten tavoitteiden lisäksi asetettiin viisi ikäryhmittäistä tavoitetta ja kolme kaikille yhteistä tavoitetta. Tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi kehitettiin Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen asiantuntijatyöryhmässä seurantaindikaattorit¹⁹. Seuraavassa kuvataan tavoitteiden toteutumista Terveys 2015 -avainindikaattoreiden avulla. Nämä indikaattoritiedot ovat Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK)-tutkimuksesta²⁰, Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK)-tutkimuksesta²¹, Kouluterveyskyselystä²², Nuorten terveystapatutkimuksesta²³ ja SOTKANet-verkkopalvelusta²⁴.

4.1 IKÄRYHMITTÄISET TAVOITTEET

Tavoite 1: Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.

2000-luvulla köyhissä perheissä asuvien lasten osuus on kasvanut 4 prosenttiyksikköä vuodesta 2000 vuoteen 2009. Vuonna 2009 alle 18-vuotiaista lapsista 15 prosenttia asui pienituloisissa kotitalouksissa (kuvio 1). Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus on vähentynyt samalla ajanjaksolla aina vuoteen 2008, mutta alkoi lisääntyä vuonna 2009 (kuvio 2). Sekä huostaan otettujen, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle 18-vuotiaiden osuus on kaksinkertaistunut (kuvio 3 ja 4). Koulukiusaaminen on hieman yleistynyt 2000-luvulla, mutta viime vuosina se näyttää vähentyneen pojilla ja sen lisääntyminen on pysähtynyt tyttöjen osalta. Pojat olivat kokeneet enemmän kiusaamista kuin tytöt (kuvio 5).

Suomalaisten lasten terveys on maailmanlaajuisesti hyvä ja kuolleisuus on vähentynyt kolmasosaan vuoden 1970 tasosta. 2000-luvulla 0–17-vuotiaiden lasten kuolleisuus on säilynyt kutakuinkin tasaisena ollen keskimäärin noin 35 lasta 100 000 lasta kohti. Imeväiskuolleisuus on Suomessa maailman alhaisinta ja vakiintunut 2000-luvulla tasolle 3 lasta 1000 elävänä syntynyttä lasta kohti (kuvio 6). Vastasyntyneiden ja alle 5-vuotiaiden kuolemista suurin osa (lähes 70 %) aiheutuu synnynnäisistä epämuodostumista ja erilaisista perinataalivaiheen ongelmista. Tapaturmat ovat ylivoimaisesti yleisin syy 5–19-vuotiaiden kuolemista (noin 40 %). Yleisimmät kuolemaan johtavat taudit lapsilla ovat kasvaimet ja leukemia.

¹⁹ KTL, Stakes, TTL: Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutumisen seuranta. Moniste 16.5.2003.

²⁰ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Hankkeet > Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK)

²¹ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Hankkeet > Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK)

²² www.thl.fi/kouluterveyskysely

²³ www.uta.fi

²⁴ www.sotkanet.fi

Pitkäaikaissairauksista suomalaiset lapset sairastavat eniten mielenterveyshäiriöitä sekä astmaa ja allergiaa. Erilaisten tutkimusten ja arvioiden mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsii noin 15 prosenttia alle 15-vuotiaista lapsista ja näistä 5–7 prosenttia vaatii erikoissairaanhoidon. Lasten osalta lievempien mielenterveysongelmien yleisyydestä ei juuri ole seurantatietoa. Vuosina 2007–2009 toteutetun lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) mukaan terveydenhoitajat raportoivat huolen lapsen psykososiaalisesta kehityksestä heräävän 3-vuotiaista 8 prosentin, 5-vuotiaista 15 prosentin sekä 1. ja 5. luokan oppilaista 12 prosentin osalta.

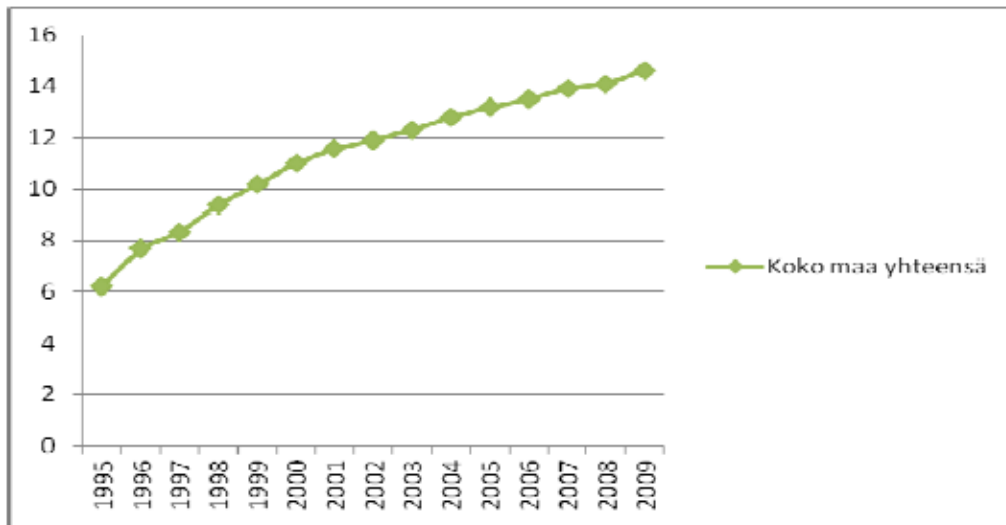
Vakavat astma- ja allergiatapaukset ja astmakuolemat ovat Suomessa voimakkaasti vähentyneet, lähes hävinneet. Sen sijaan astman ja allergian yleisyys kasvaa erityisesti lapsilla. Vuonna 2003 toteutetun lasten astma- ja allergiatutkimuksen mukaan jopa 43 prosentilla 7–15-vuotiaista lapsista Pohjois-Karjalassa oli vähintään yksi positiivinen ihotestireaktio erilaisille allergeeneille. Tutkimuksen mukaan astmaa oli 9 prosentilla, allergista nuhaa 49 prosentilla ja allergista ihottumaa 38 prosentilla lapsista. Tässä on nähtävissä huomattavaa kasvua 1990-luvun lopun arvioihin verrattuna, jolloin astman yleisyydeksi arvioitiin noin 4–7 prosenttia, allergisen nuhan 15–23 prosenttia ja allergisen ihottuman 15–19 prosenttia, hieman alueesta riippuen.

Lasten terveyden kannalta keskeisiä haasteita tällä hetkellä ovat ylipainon lisääntyminen, liikunnan väheneminen ja puutokset ruokavaliossa. Ylipainoisten lasten osuus on kasvanut erityisesti yli 7-vuotiailla lapsilla. Lasten terveysseurantatutkimuksen mukaan vuosina 2007–2009 viisivuotiaista lapsista ylipainoisia oli noin 15 prosenttia ja 5. ja 8. luokan oppilaista jo 20 prosenttia. Lasten osalta luotettavaa seurantatietoa kokonaisliikunnan määrästä ja sen muutoksista ei ole saatavissa. Lasten terveysseurantatutkimuksen mukaan vuonna 2007 pienistä koululaisista noin 10 prosenttia liikkui alle suositusten eli vähemmän kuin kaksi tuntia päivässä. Kahdeksaluokkalaisista jopa 15 prosenttia raportoi harrastavansa liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa. Seurantatietoa lasten ravitsemuksesta on melko vähän. Nuoruustyyppin diabeteksen ennustamis- ja ehkäisy-, DIPP-tutkimuksen raportin²⁵ mukaan suomalaiset lapset käyttivät varsin vähän tuoreita kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Leikki-ikäiset lapset saivat suosituksiin nähden liian paljon sakkaroosia, tyydyttyneitä rasvahappoja ja suolaa. D-vitamiinin saanti oli riittämätöntä suurella osalla alle kouluikäisistä.

Nuorten itse raportoima terveydentila on parantunut. Keskinäiseksi tai huonoksi terveydentilansa kokee 13 prosenttia pojista ja 19 prosenttia tytöistä. (kuva 7.)

²⁵ Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijola R, Simell O, Khip M ja Virtanen S. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B32/2008.

Kuvio 1. Köyhissä perheissä asuvien osuus 0–17-vuotiaista lapsista (SOTKANet)

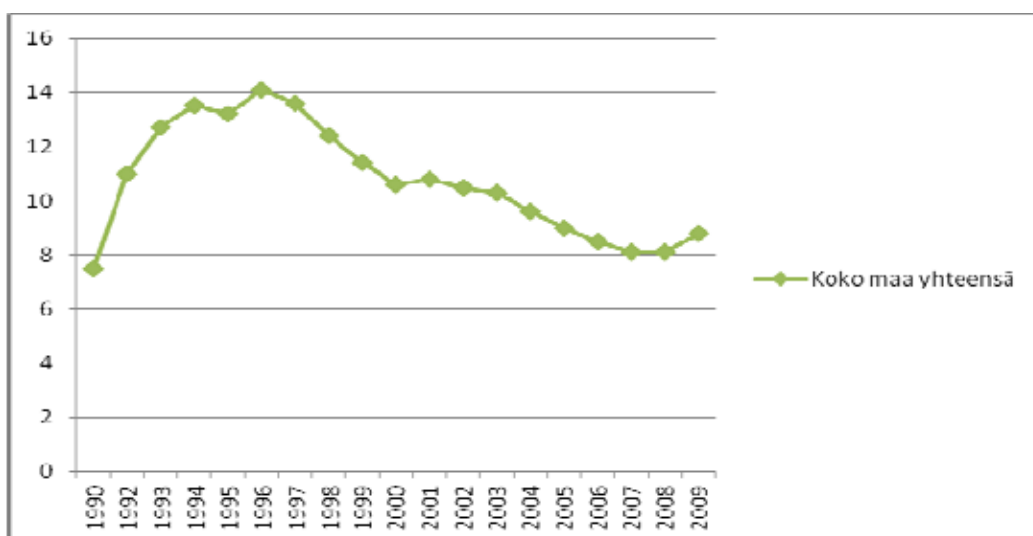


Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien alle 18-vuotiaitten henkilöiden osuuden prosentteina kaikista alueella asuvista alle 18-vuotiaista henkilöistä. Pienituloisuuden rajana käytetään 60 % suomalaisten kotitalouksien käytettävissä olevan ekvivalentin rahatulon (uudistetulla OECD-skaalalla laskien) mediaanista kunakin vuonna.

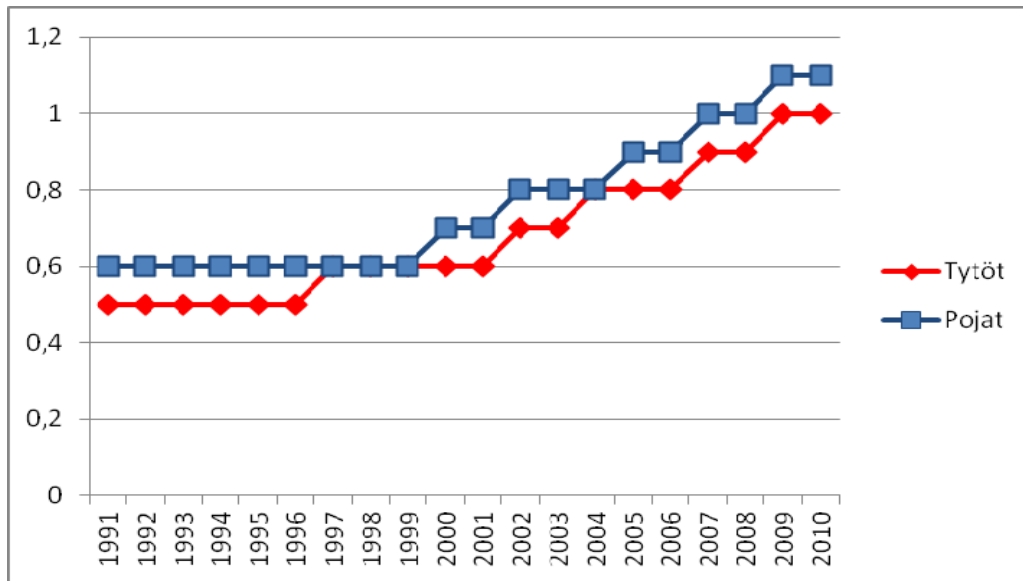
Käytettävissä olevat rahatulot lasketaan summaamalla palkka-, yrittäjä- ja pääomatulot sekä saadut tulonsiirrot ja vähentämällä summasta maksetut tulonsiirrot. Ekvivalentti tulo lasketaan suhteuttamalla kotitalouden kaikkien jäsenten käytettävissä olevien tulojen summa kotitalouden kulutusyksiköiden summaan. Kotitalouden kulutusyksikköasteikkona on käytetty uudistettua OECD-skaalaa, jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut 14 vuotta täyttäneet kotitalouden jäsenet painon 0,5 ja kotitalouden alle 14-vuotiaat lapset painon 0,3.

Kuvio 2. Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden prosenttiosuus lapsiperheistä. (SOTKANet)

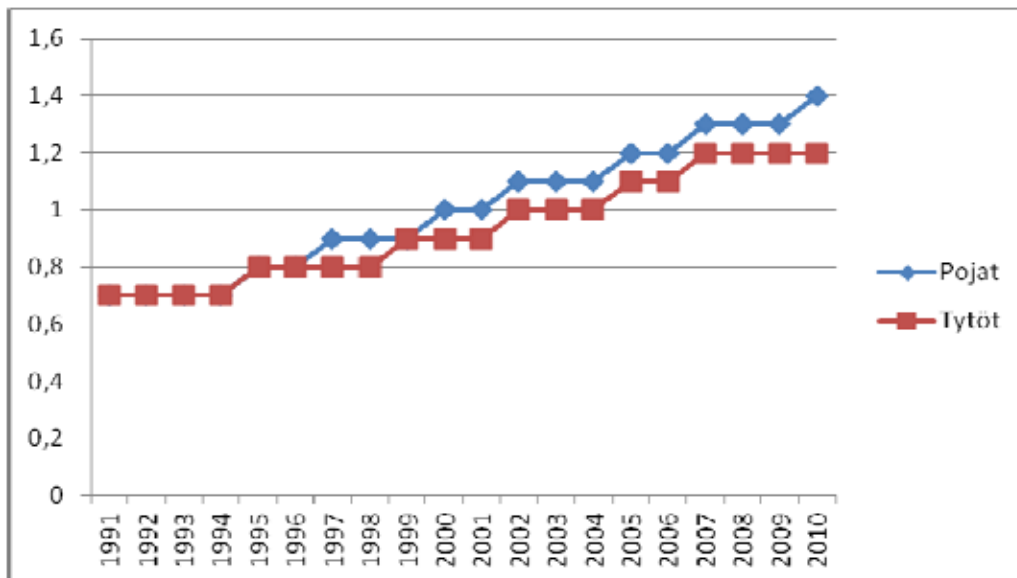


Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee kalenterivuoden aikana toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuuden koko väestön lapsiperheistä. Lapsiperhe on perhe, jossa huoltajia on joko yksi tai kaksi ja ainakin yksi lapsista on alaikäinen (alle 18-vuotias).

Kuvio 3. Vuoden aikana huostaan otettujen osuus 0–17-vuotiaista (SOTKANet)**Tietosisältö**

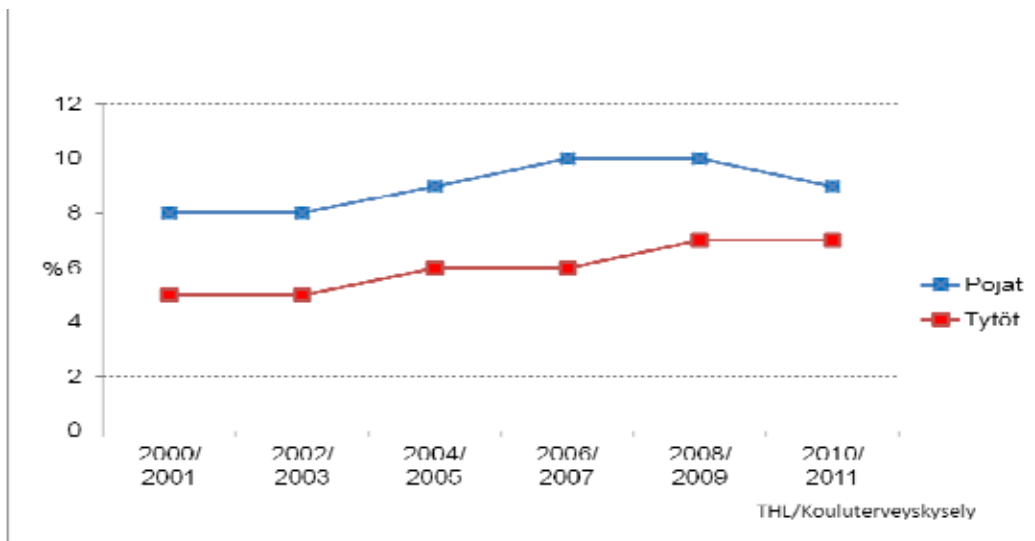
Indikaattori ilmaisee huostassa viimeisimmän sijoitustiedon mukaan olleiden 0–17-vuotiaiden lasten osuuden prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Lapsella tarkoitetaan lastensuojelulain mukaan henkilöä, joka ei ole täyttänyt 18 vuotta. Nuorella tarkoitetaan henkilöä, joka ei ole täyttänyt 21 vuotta. Sisältää kiireellisesti huostaan otetut, huostaan otetut, sekä tahdonvastaisesti huostaan otetut lapset.

Kuvio 4. Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, prosenttiosuus vastaavanikäisestä väestöstä. (SOTKANet)**Tietosisältö**

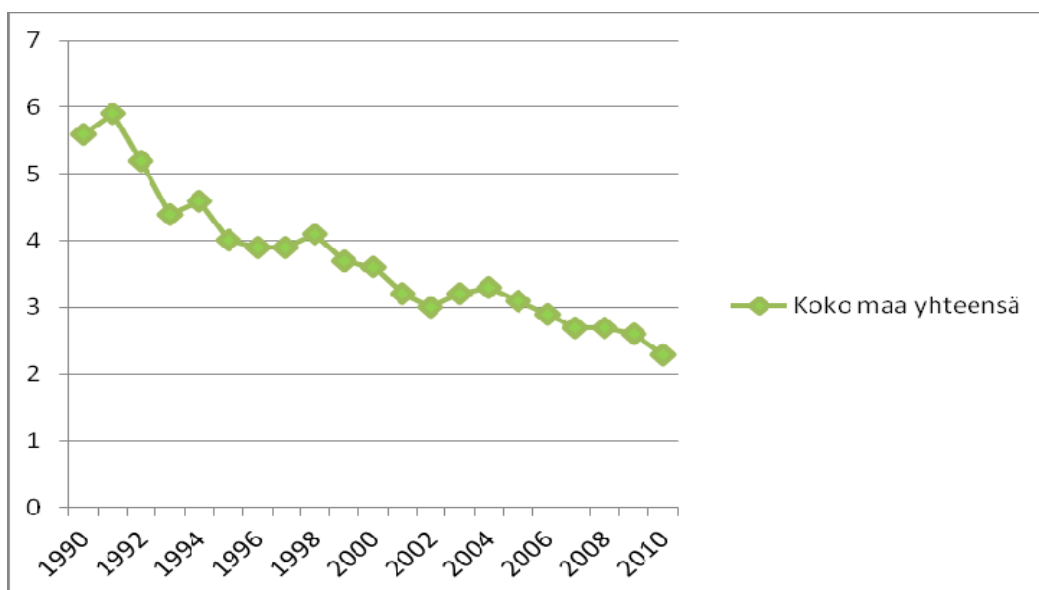
Indikaattori ilmaisee vuoden aikana kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden lasten osuuden prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Lapsella tarkoitetaan lastensuojelulain mukaan henkilöä, joka ei ole täyttänyt 18 vuotta. Nuorella tarkoitetaan henkilöä, joka ei ole täyttänyt 21 vuotta.

Sisältää kodin ulkopuolelle avohuollon tukitoimena sijoitetut, kiireellisesti huostaan otetut, huostaan otetut, tahdonvastaisesti huostaan otetut, jälkihuollossa olevat sekä yksityisesti sijoitetut 0–17-vuotiaat lapset.

Kuvio 5. Vähintään kerran viikossa koulukiusattujen osuus 8- ja 9-luokkalaisista. (SOTKANet)



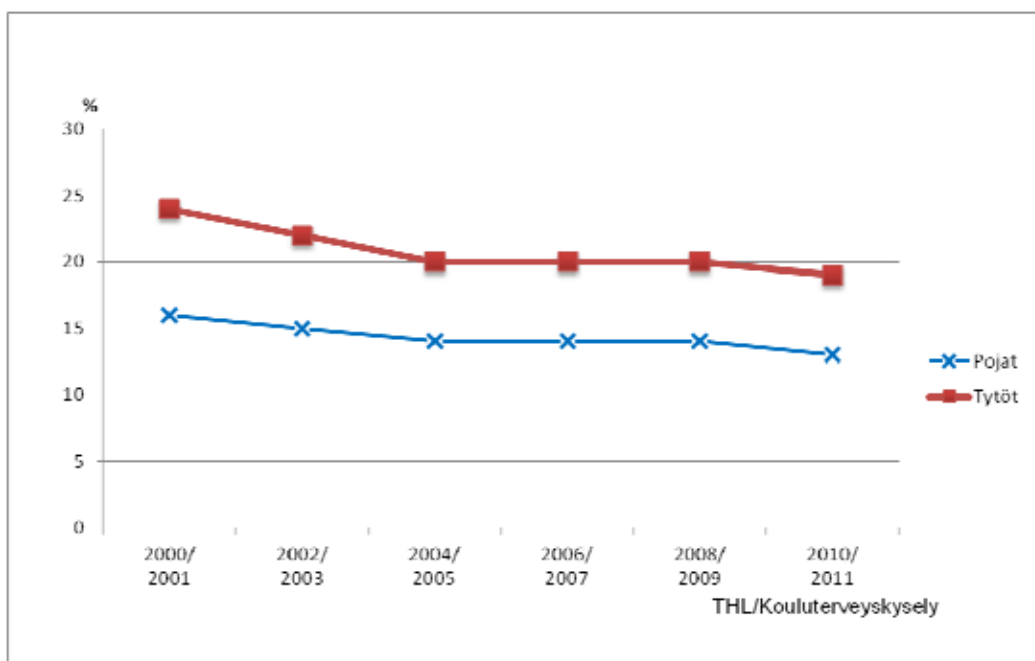
Kuvio 6. Imeväiskuolleisuus 1 000 elävänä syntyynyttä kohden. (SOTKANet)



Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee imeväiskuolleisuuden tuhatta elävänä syntyynyttä kohti. Imeväiskuolleisuus lasketaan jakamalla alle vuoden ikäisinä kuolleiden lukumäärä samana tilastovuonna elävänä syntyneiden määrällä..

Kuvio 7. 8- ja 9-luokkalaisten oppilaiden osuus, jotka kokevat terveydentilansa keskinertaiseksi tai huonoksi. (Kouluterveyskysely)



Tavoite 2: Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.

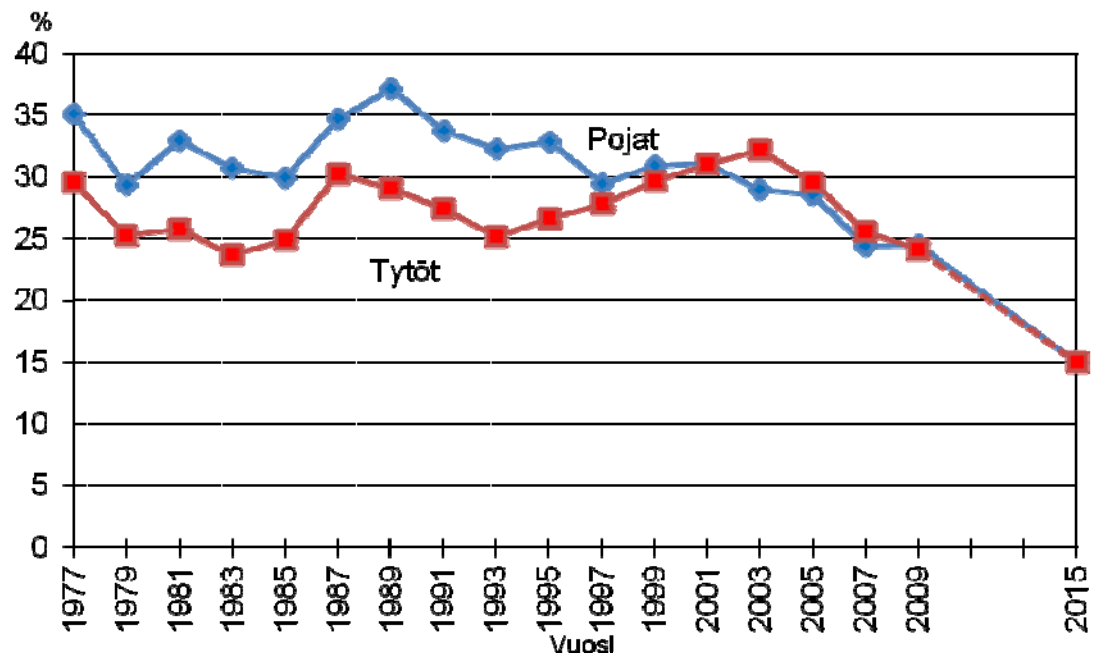
Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan vuonna 2009 16–18-vuotiaista sekä tytöistä että pojista tupakoi päivittäin 25 prosenttia. Tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla noin viisi prosenttiyksikköä (kuva 8). Myös nuoremmissa ikäryhmissä 8- ja 9-luokkalaissilla tupakointi on vähentynyt (kuva 9).

Tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa juovien osuudessa oli tapahtunut kahtalainen kehitys. Nuoremmissa ikäryhmissä 14–16-vuotiailla humalajuominen on vähentynyt mutta vanhemmassa ikäryhmässä 18-vuotiailla yleistynyt hiukan tällä vuosi kymmenellä. Muutos on huomattava 1980-luvun alkuun verrattuna. Tuolloin tosi humalaan itsensä joi kuukausittain 18-vuotiaista pojista 20 prosenttia ja tytöistä 15 prosenttia ja vuonna 2009 pojista 43 prosenttia ja tytöistä 35 prosenttia (kuva 10).

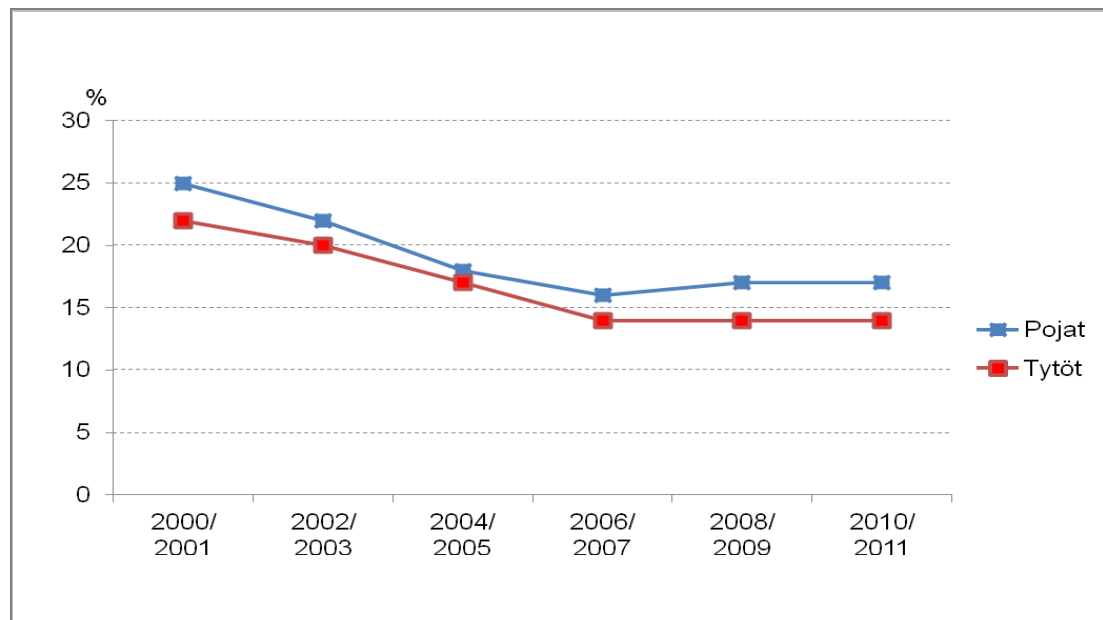
Niiden nuorten osuus, jotka tiesivät huumeita käyttäneitä nuoria, väheni 2000-luvun alkupuolella, mutta alkoi taas lisääntyä vuosikymmenen lopulla Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan (kuva 11). Itse raportoitu oma laittomien huumeiden käyttö kouluterveyskyselyn mukaan väheni vastaavasti vuosikymmenen alussa mutta ei juuri enää viime vuosina (kuva 12). Pääkaupunkiseudulla itse raportoidut kannabiskokeilut alkoivat niin ikään lisääntyä vuosikymmenen lopulla vuosikymmenen alun vähentymisen jälkeen. Kokeilut olivat paljon yleisempiä ammatillisissa oppilaitoksissa kuin lukioissa tai peruskoulussa (kuva 13).

Vuoden aikana alkoholi, huumausaine, lääkeaine tai korvikkeet -päädiagnooseilla sairaaloiden vuodeosastoilla hoidossa olleiden 15–24-vuotiaiden hoitajaksojen lukumäärän tuhatta vastaavanikäistä kohden väheni vuosikymmenen alussa mutta alkoi lisääntyä vuosikymmenen lopulla ja väheni taas vuonna 2010 edelliseen vuoteen verrattuna. Miesten ja naisten välinen ero on kokonaan hävinnyt (kuva 14).

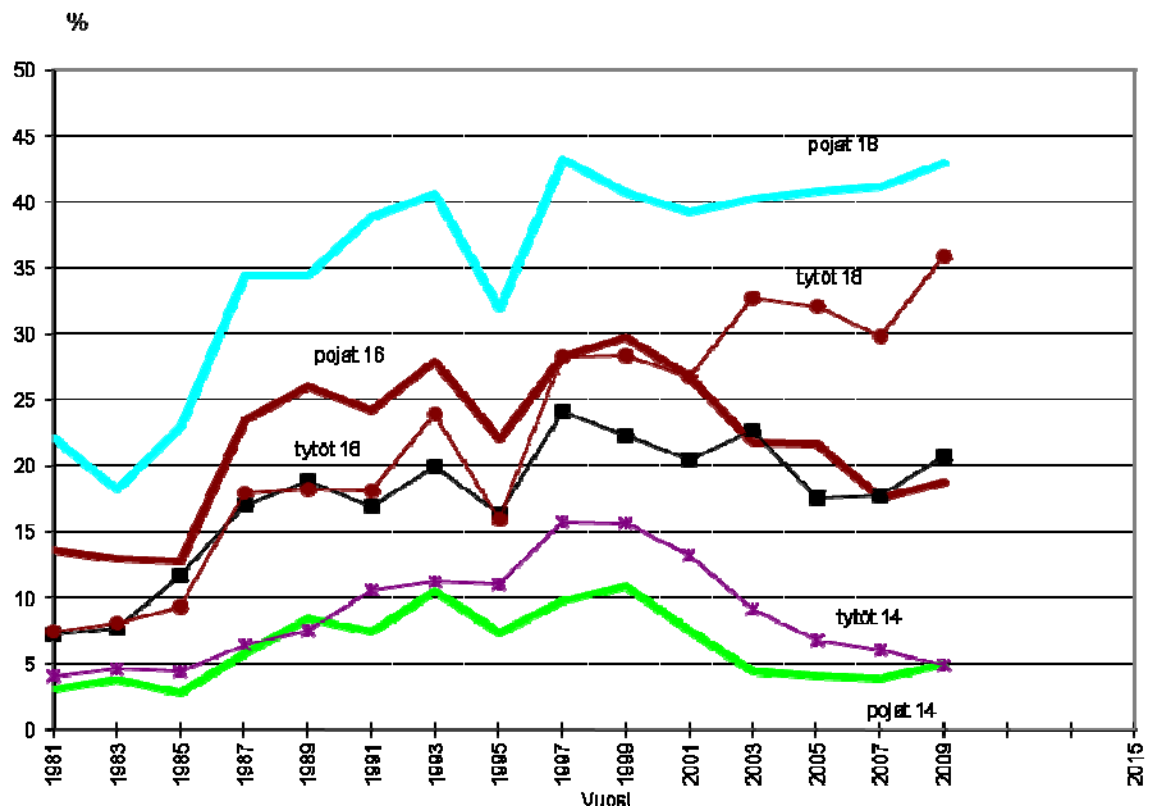
Kuvio 8. Päivittäin savukkeista polttavien osuus 16–18-vuotiaista.
(Nuorten terveystapatutkimus)



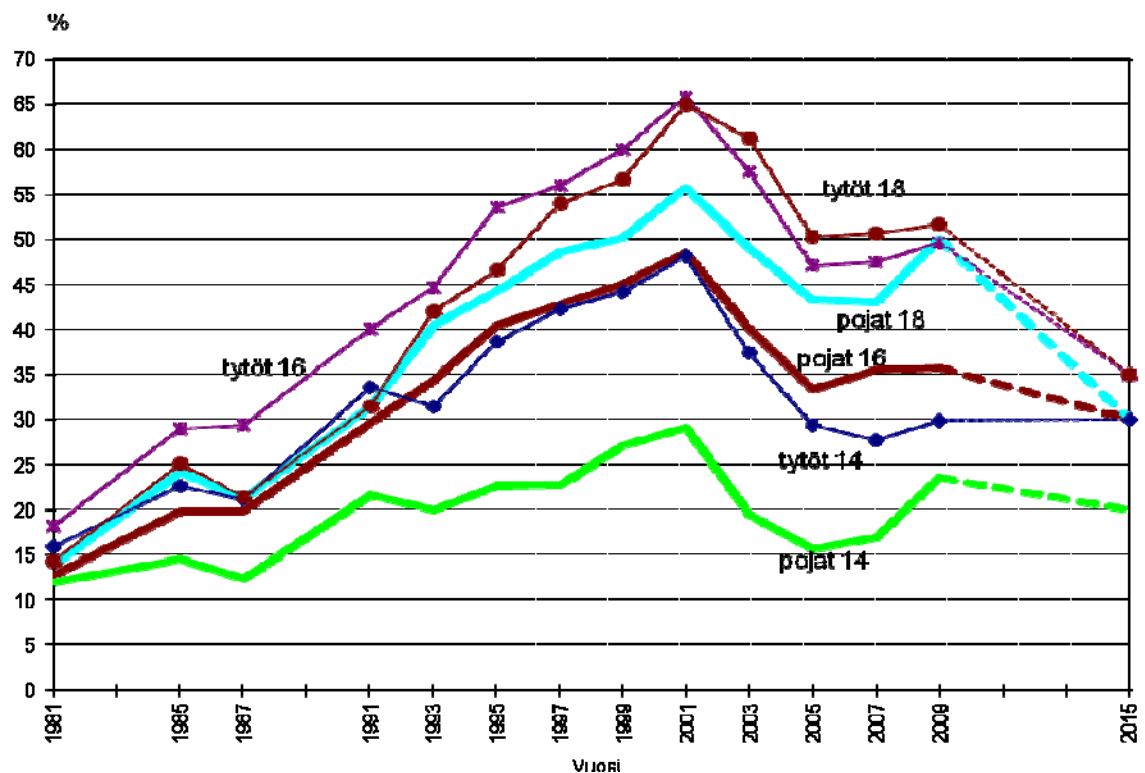
Kuvio 9. Päivittäin tupakoivat 8- ja 9-luokkalaiset (Kouluterveyskysely)



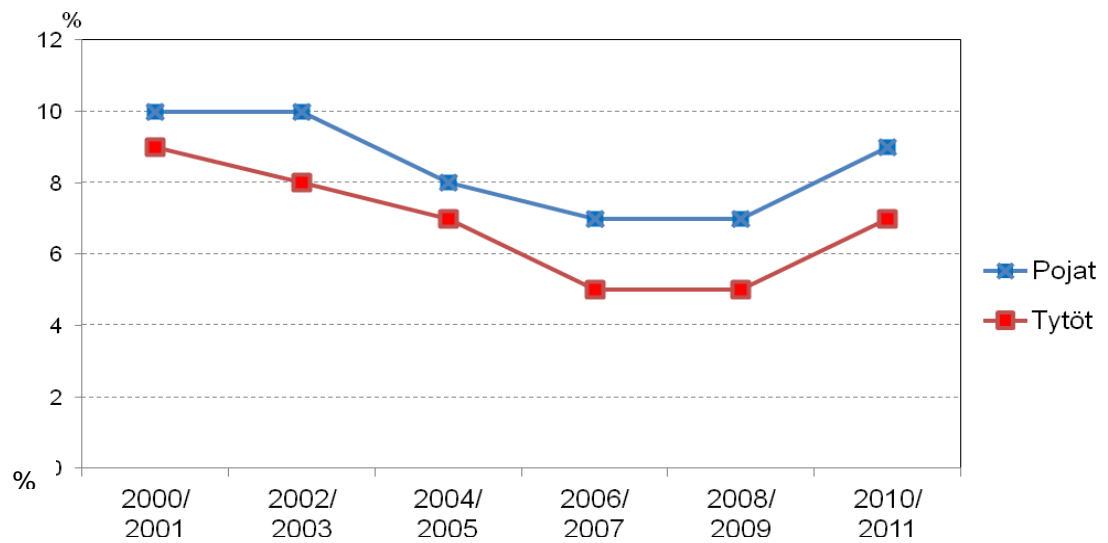
Kuvio 10. Tosihumalaan vähintään kuukausittain itsensä juovien osuus ikäryhmittäin
(Nuorten terveystapatutkimus)



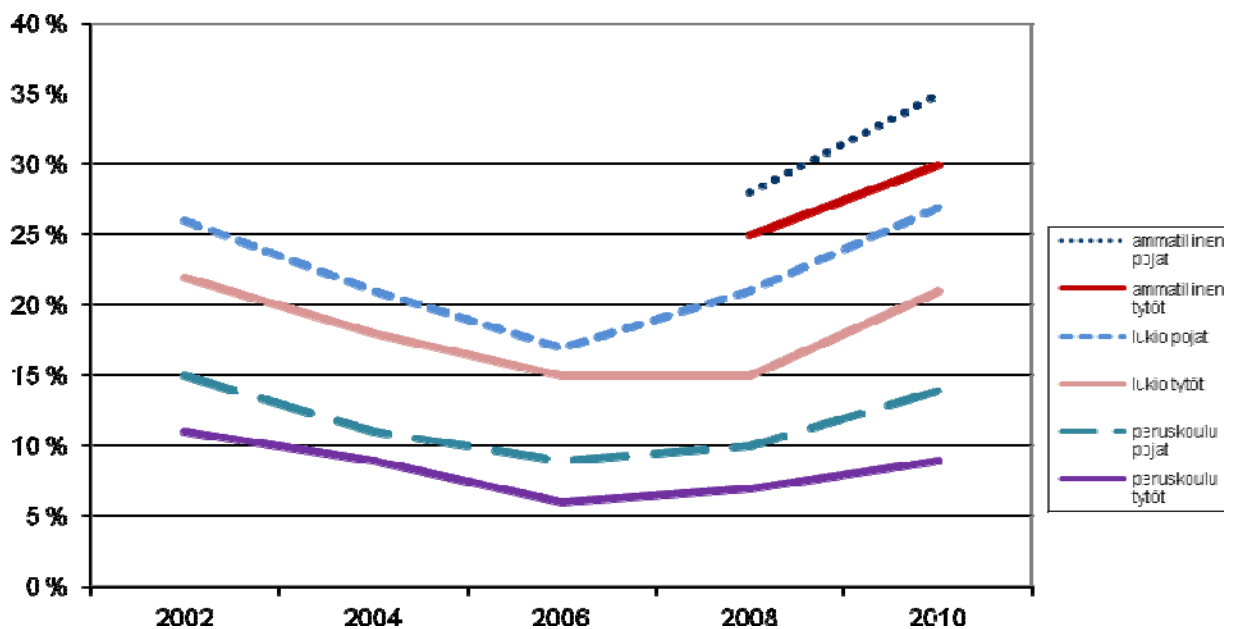
Kuvio 11. Tietää huumeita kokeilleita tuttavien ikäryhmän mukaan.
(Nuorten terveystapatutkimus)



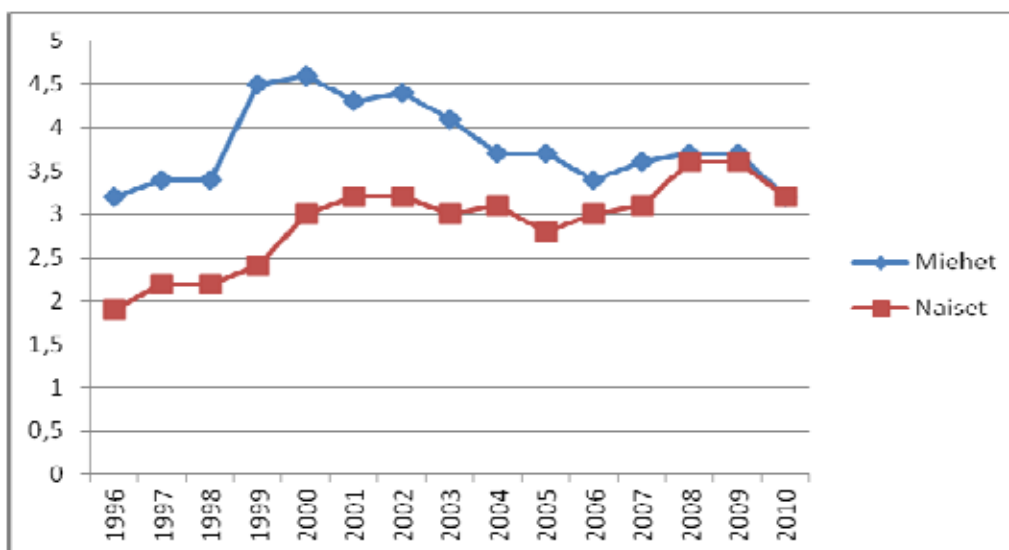
Kuvio 12. Laittomia huumeita ainakin kerran kokeilleiden osuus 8- ja 9-luokkalaisista.
(Kouluterveyskysely)



Kuvio 13. Kannabiskokeilut pääkaupunkiseudulla. (Kouluterveyskysely)



Kuvio 14. Päihdesairauksien hoitojaksot vuodeosastolla 15–24-vuotiailla 1 000 vastaavan ikäistä kohden. (SOTKANet)



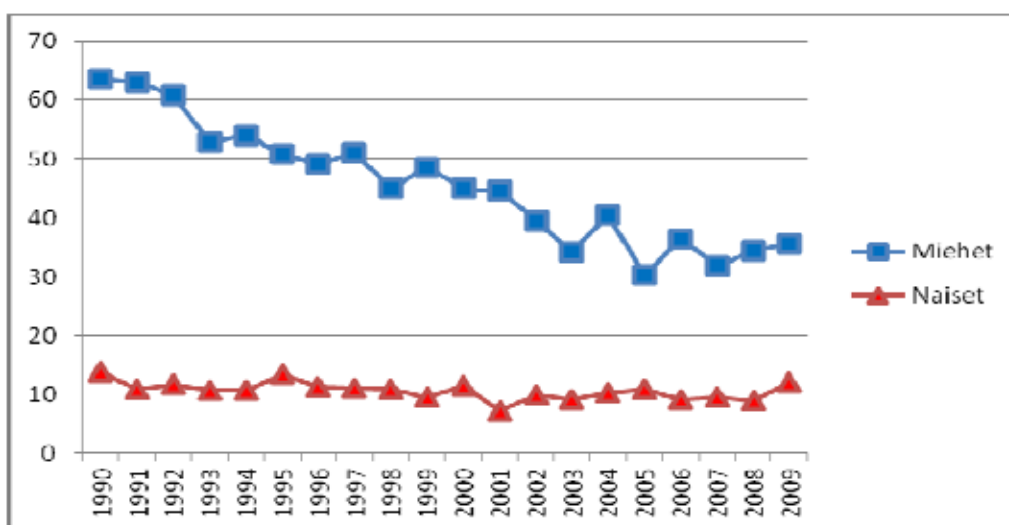
Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee vuoden aikana alkoholi, huumausaine, lääkeaine tai korvikkeet -päädiagnooseilla sairaaloiden vuodeosastoilla hoidossa olleiden 15–24-vuotiaiden hoitojaksojen lukumäärän tuhatta vastaavanikäistä kohden. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa.

Tavoite 3: Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.

Nuorten miesten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt tasaisesti 1990-luvulta lähtien. Vastaavaa kehitystä ei havaittu naisten osalta (Kuvio 15). Sen sijaan tapaturmakuolleisuus ei ole vähentynyt (Kuvio 16).

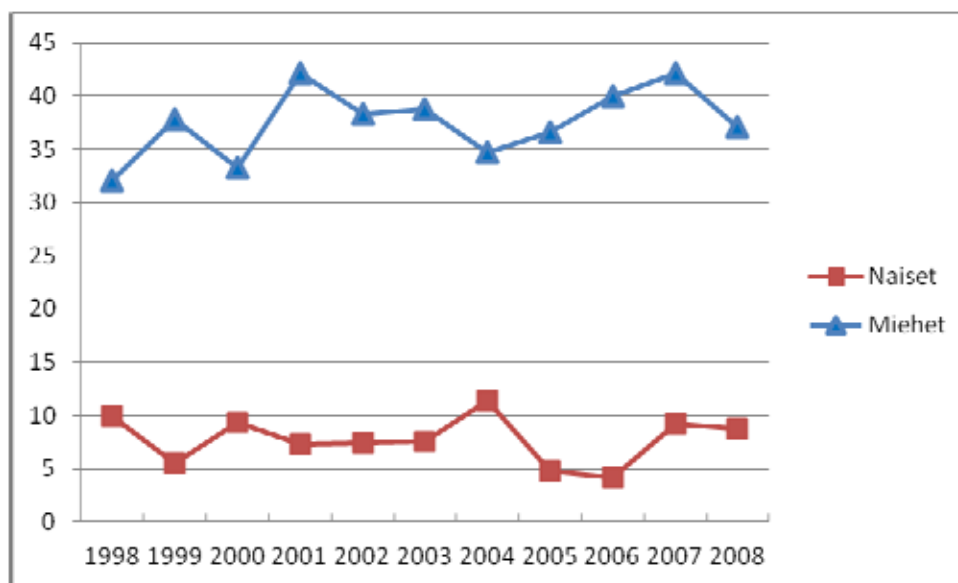
Kuvio 15. 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten kuolleisuus itsemurhiin 100 000 henkilöä kohden. (SOTKANet)



Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee vuoden aikana itsemurhiin kuolleiden osuuden 20–34-vuotiailla sataa tuhatta vastaavanikäistä kohti. Väestötietona käytetään keskväkilukua..

Kuvio 16. 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten kuolleisuus tapaturmiin 100 000 henkeä kohden. (SOTKA.net)



Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee vuoden aikana tapaturmiin kuolleiden osuuden 20–34-vuotiailla sataa tuhatta vastaavanikäistä kohti. Väestötietona käytetään keskiväkilukua..

Tavoite 4: Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.

Ohjelmakauden alussa todettiin työikäisten terveyden kehittyneen myönteisesti. Keskeisimmiksi haasteiksi nostettiin nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus, pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus sekä poikkeuksellisen suuri ennenaikaiselle eläkkeelle siirtyminen myöhäisessä työiässä. Tähän liittyvät työssä uupuminen, mielenterveysongelmat sekä ikääntyvän työvoiman alhainen koulutustaso. Nuoremmilla ikäluokilla työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen todettiin olevan haasteellista myös terveyden näkökulmasta.

Työssä jatkamisen osalta kehitys 2000-luvulla on ollut tavoitteiden suuntaista. Varttuneempien työntekijöiden työssä jatkamisen mittariksi on vakiintunut 50-vuotiaan eläkkeellesiirtymisiän odote, joka vuonna 2000 oli 60,6 vuotta. Eläketurvakeskuksen uusimpien tietojen mukaan vuonna 2010 odote oli 62,3 vuotta eli 1,7 vuotta enemmän kuin vuonna 2000. Myös 25-vuotiaan eläkeiän odote, joka kuvaa myös nuorempien ikäluokkien työhön osallistumista, on noussut vastaavana aikana 58,8 vuodesta 60,4 vuoteen eli 1,6 vuodella. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen ja lakimuutosten ohella tähän kehitykseen ovat vaikuttaneet myönteiset muutokset työssä jatkamisenteissa, työoloissa ja työikäisten terveydessä.

Työterveyslaitoksen Työ ja terveys tutkimusten mukaan 25–64-vuotiaista työllisistä 76 prosenttia uskoo terveytensä puolesta pystyvänsä todennäköisesti tai varmasti työskentelemään nykyisessä ammatissaan eläkeikään saakka (kuvio 17). Osuus on pysynyt samana vuodesta 2000 vuoteen 2009. Ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä usein harkitsevien osuus sen sijaan on vähentynyt 17 prosentista 14 prosenttiin vuo-

desta 2003 vuoteen 2009. Työssä jatkamisen harkinta 63-ikävuoden jälkeen on myös lisääntynyt viime vuosina. Vuonna 2006 tätä harkitsi 58 prosenttia 45–64-vuotiaista työllisistä; vuonna 2009 harkitsijoita oli jo 64 prosenttia. Työssä jatkamishalukkuudessa on kuitenkin huomattavia eroja sosioekonomisten ryhmien välillä. Ylemissä toimihenkilöissä jatkamista harkitsevia oli 72 prosenttia, alemmissa toimihenkilöissä 64 prosenttia ja työntekijöissä vain 53 prosenttia vuonna 2009. Samankaltaisia eroja oli myös ajatuksissa siirtyä eläkkeelle ennen varsinaista eläkeikää. Työntekijöiden asenteet eivät ole myöskään kehittyneet vastaavalla tavalla myönteiseen suuntaan kuin toimihenkilöillä. Työntekijöillä oman terveydentilan merkitys työssä jatkamisen edellytyksenä korostuu toimihenkilöryhmiin verrattuna.

Työkyvyttömyys vaikuttaa merkittävästi työssä jatkamiseen ja eläkkeellesiirtymisiin odotteeseen. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden lukumäärä on alkanut vähetä. Työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus 25–62-vuotiailla oli 1,0–1,1 prosenttia vuosina 2000–2005 mutta sen jälkeen se on laskenut 0,88 prosenttiin vuonna 2009. Tärkeimmät työkyvyttömyyttä aiheuttavat sairausryhmät ovat edelleen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Vuonna 2010 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi eläkkeelle jäi 8 180 (näistä mielialahäiriöitä 4924) ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi 7879 (näistä selkäsairauksia 3471) henkilöä.²⁶ Eläketurvakeskuksen mukaan työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on edelleen vähentynyt vuonna 2010.

Koetun työkyvyn keskiarvo asteikolla 0–10 on pysynyt 2000-luvulla ennallaan (8,3–8,4). Erittäin hyvän ruumiillisen työkyvyn omaavien osuus 25–64-vuotiaista työllisistä on kuitenkin lisääntynyt 36 prosentista (2000) 41 prosenttiin (2009) Työ ja terveys haastattelututkimusten mukaan. Vastaava lisäys koskee myös koettua henkistä työkykyä, joka on lisääntynyt 29 prosentista 35 prosenttiin.

Nykyiseen työhönsä erittäin tai melko tyytyväisten osuus 25–64-vuotiaista työllisistä oli 85 prosenttia vuonna 2000 ja 87 prosenttia vuonna 2009. Työterveyshuoltoon kiitettävänä tai hyvänä pitävien osuus 25–64-vuotiaista työllisistä lisääntyi 62 prosentista (2000) 74 prosenttiin (2009). Työterveyshuollon kattavuus sen sijaan ei ole parantunut, vaan Työ ja terveys tutkimusten mukaan kattavuus on edelleen työllisillä vuoden 2000 tasolla (86 %). Kattavuusvajetta on varsinkin pientyöpaikoilla ja yrittäjillä. Työterveyshuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta työurien jatkamisessa, työkyvyttömyyden ehkäisyssä tai työkyvyn edistämisessä ei ole saatavissa sopivia vertailutietoja.

Ohjelmakauden alussa aikuisten terveyden keskeisinä edellytyksinä pidettiin ansio-työn sekä jatko- ja täydennyskoulutuksen sekä uudelleen koulutuksen ja riittävän toimeentulon turvaamista. Terveyttä edistävä työympäristö, työhyvinvointi ja terveelliset elämäntavat nähtiin tärkeiksi terveyden edellytyksiksi aikuisiässä.

Itse arvioidussa henkisessä ja ruumiillisessa työkyvyssä oli vuosikymmenen aikana tapahtunut kohentumista. Myös työssä koettu stressi oli vähentynyt (kuvio 17). Eläkkeelle saakka arvioi pystyvänsä olemaan työelämässä yhtä suuri osuus kuin vuosikymmenen alussa.

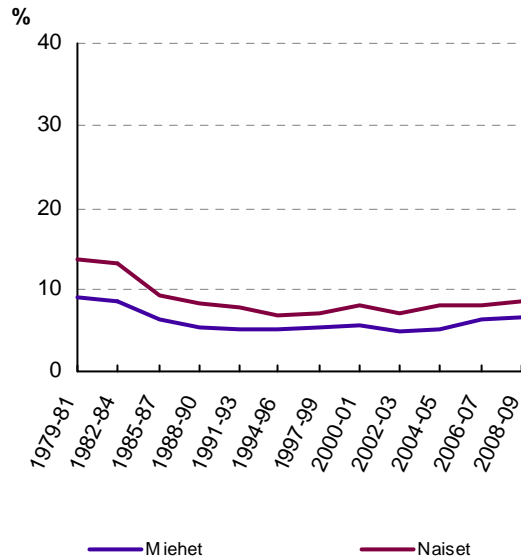
Vanhemmissa ikäryhmissä fyysinen kunto oli selvästi kohentunut. Niiden henkilöiden osuus, jotka arvelivat etteivät pysty juoksemaan levähtämättä 100 metriä, oli vähentynyt 50–64-vuotiailla miehillä 30 prosentista noin 10 prosenttiin ja naisilla lähes 40 prosentista alle 20 prosenttiin (kuvio 18).

Kuvio 17. Työ ja terveys haastattelututkimuksen tulokset, ikä 25–64 (TTL).

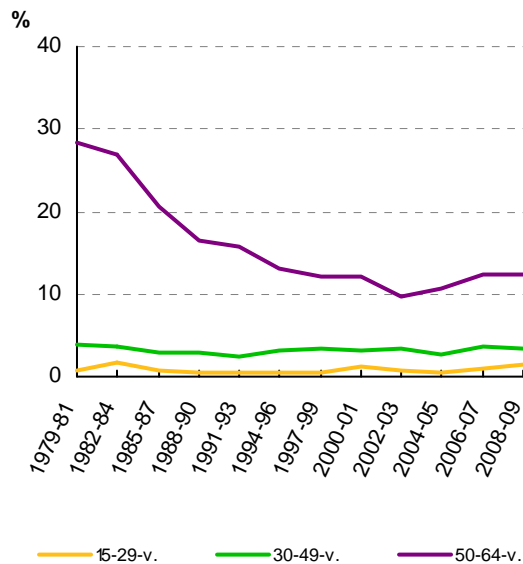
	2000	2003	2006	2009
Erittäin hyvä ruumiillinen työkyky	36 %	37 %	35 %	41 %
Erittäin hyvä henkinen työkyky	29 %	28 %	29 %	35 %
Nykyiseen työhön erittäin tai melko tyytyväinen	85 %	82 %	79 %	87 %
Kokee työssä erittäin tai melko paljon stressiä	14 %	12 %	10 %	8 %
Uskoo terveytensä puolesta pystyvänsä todennäköisesti tai varmasti työskentelemään eläkkeelle saakka	76 %	76 %	77 %	76 %
Pitää työterveyshuoltoa kiitettävänä tai hyvänä	62 %	68 %	69 %	74 %

Kuvio 18. Niiden osuus 15–64-vuotiaista, jotka eivät pysty levähtämättä juoksemaan sataa metriä. (Suomalaisen aikuisväestön terveystutkimus ja terveys-, AVTK-tutkimus).

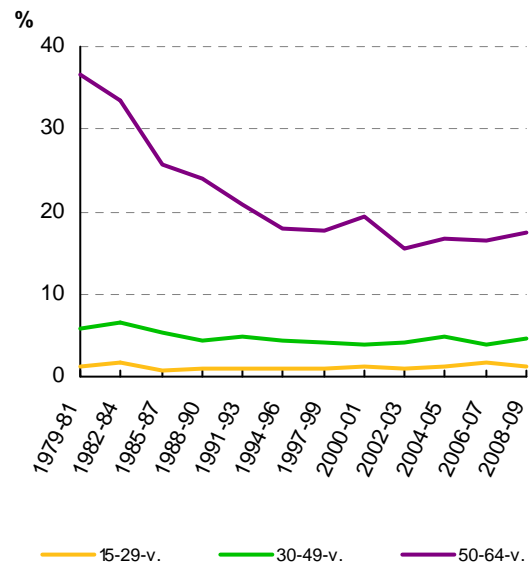
15-64-vuotiaat



Miehet



Naiset



Tavoite 5: Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeiset 20 vuotta.

Sairastavuus kasvaa iän myötä siten, että esimerkiksi 75–84-vuotiaista on terveitä haastattelututkimuksen perusteella noin 20 prosenttia, mutta kliinisessä tutkimuksessa heistä alle 10 prosenttia on ilman yhtäkään pitkäaikaissairautta²⁷

Eläkeikäisten itse arvioima terveydentila²⁸ on jatkanut tasaista kohentumista sekä miehillä että naisilla 2000-luvulla. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus sekä miehistä että naisista oli 48 prosenttia vuonna 2009. Ruokatottumukset ovat seurannan aikana kehittyneet jatkuvasti terveellisempään suuntaan. Miesten tupakointi on vähentynyt ja naisten pysynyt matalalla tasolla. Alkoholinkäyttö on lisääntynyt etenkin 65–74-vuotiailla, ja raittiiden eläkeikäisten osuus on pienentynyt pitkällä aikavälillä. Liikunnan harrastaminen vähintään neljä kertaa viikossa on vähentynyt. Turvattomuutta aiheuttavat eniten eläketulojen niukkuus, toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen ja muistin heikkeneminen. Turvattomuuden kokeminen on kuitenkin vähentynyt vuosien 2003 ja 2009 välillä.

Alzheimerin tauti on yleisin **dementiaoireita aiheuttava** muistisairaus. Se on yksi merkittävimmistä ikääntyneiden toimintakykyä heikentävistä sairauksista. Muistisairaiden määrä on voimakkaassa kasvussa ja sen ennustetaan nelinkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä.

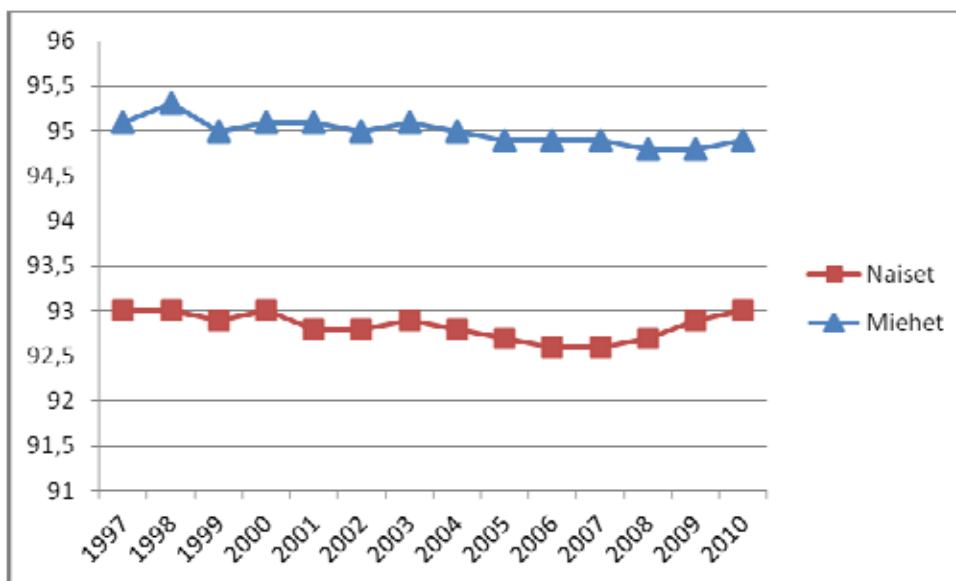
Kaatumiset ja matalalta putoamiset ovat yli 65-vuotiaiden suomalaisten johtava tapaturmakuolleisuuden kuolinsyy. Yli 75-vuotialla kaatumista seuraa usein lonkkamurtuma. Kansanterveyden näkökulmasta kaatumiset ovat mittava haaste, etenkin kun yli 80-vuotiaiden sekä muistisairaiden määrä tulevana vuosina lisääntyy.

Kotona asuvien 75–84-vuotiaiden (kuvio 19) tai 85 vuotta täyttäneiden osuudessa ei ole tapahtunut mitään muutosta vuodesta 1997 lähtien. Nuoremmissa ikäryhmässä kotona asui yli 90 prosenttia ja vanhemmassa hiukan alle 80 prosenttia (kuvio 20).

²⁷ Laukkanen P, Leinonen R, Heikkinen E. 1904–23 syntyneiden henkilöiden terveydentila kahdeksan vuoden seurantatutkimuksessa. Kirjassa Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset: havaintoja Ikivihreät -projektin 8-vuotisesta seurantatutkimuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1999;48:133–70. Helsinki. Kansanlähetyslaitos

²⁸ Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 30/2010. Helsinki 2010.

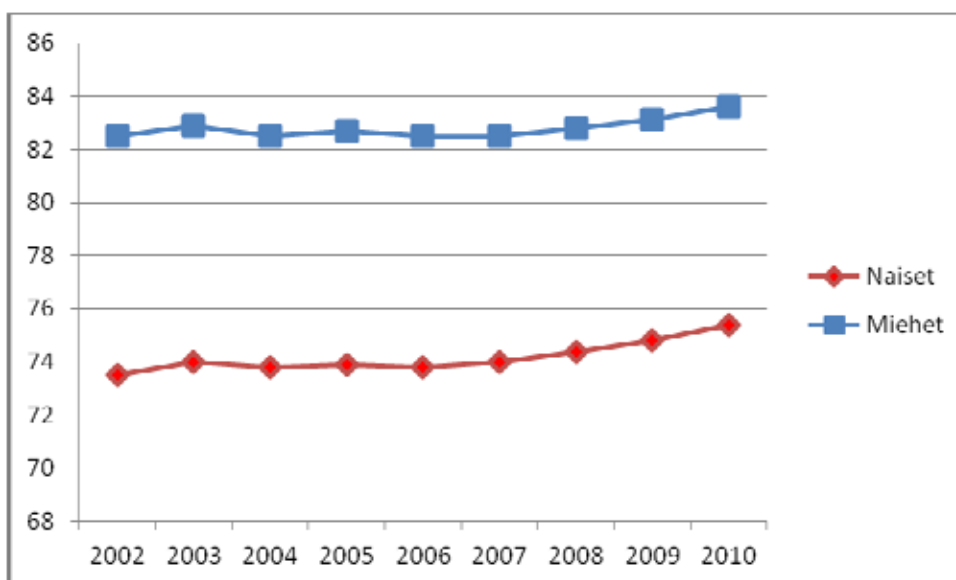
Kuvio 19. Kotona asuvat 75–84-vuotiaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä. (SOTKANet)



Tietosisältö

Indikaattori ilmaisee vuoden lopussa kotona asuvien 75–84-vuotiaiden osuuden prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Indikaattoria laskettaessa kotona asuviksi laskettiin muut kuin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa, vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa olleet. Väestötietoina käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa.

Kuvio 20. Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä. (SOTKANet)

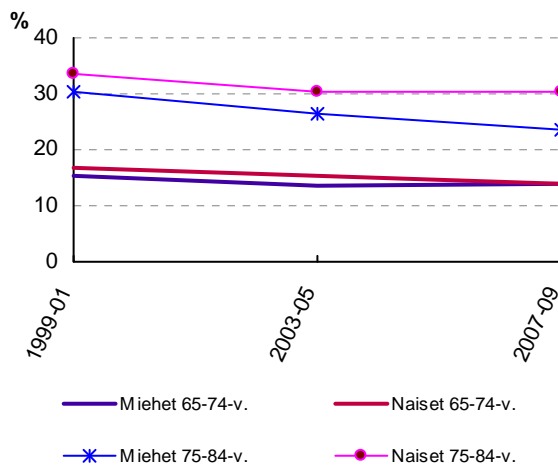


Tietosisältö

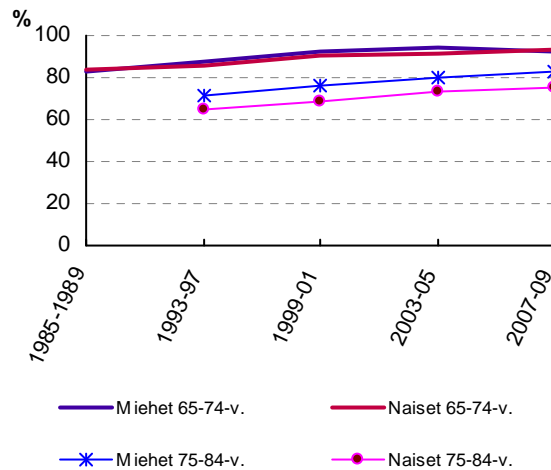
Indikaattori ilmaisee vuoden lopussa kotona asuvien 85 vuotta täyttäneiden osuuden prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Indikaattoria laskettaessa kotona asuviksi laskettiin muut kuin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa, vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa olleet. Väestötietoina käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa.

Ikääntyneiden toimintakyky on selvästi parantunut. Niiden miesten osuus 78–84-vuotiaista, joilla on vaikeuksia lukea sanomalehtiä tai eivät pysty siihen lainkaan on vähentynyt 30 prosentista 23 prosenttiin. Naisilla havaittiin vastaava muutos joskin hiukan pienempänä (kuvio 21). Myös iäkkäiden liikuntakyky oli parantunut. Niiden osuus, joka pystyivät liikkumaan ulkona vaikeuksitta ilman apua, oli 65–74-vuotiaista noin 90 prosenttia ja vanhemmassa ikäryhmässä 75–84-vuotiailla noin 80 prosenttia (Kuvio 22).

Kuvio 21. Niiden osuus 65–84-vuotiaista, joilla on vaikeuksia lukea sanomalehteä tai eivät pysty siihen lainkaan, sukupuolittain ja ikäryhmittäin (%).
(Eläkeikäisen väestön terveystutkimus ja terveys-, EVTK-tutkimus).



Kuvio 22. Niiden osuus 65–84-vuotiaista, jotka kykenevät liikkumaan ulkona yksin ilman vaikeuksia, sukupuolittain ja ikäryhmittäin (%).
(Eläkeikäisen väestön terveystutkimus ja terveys-, EVTK-tutkimus).



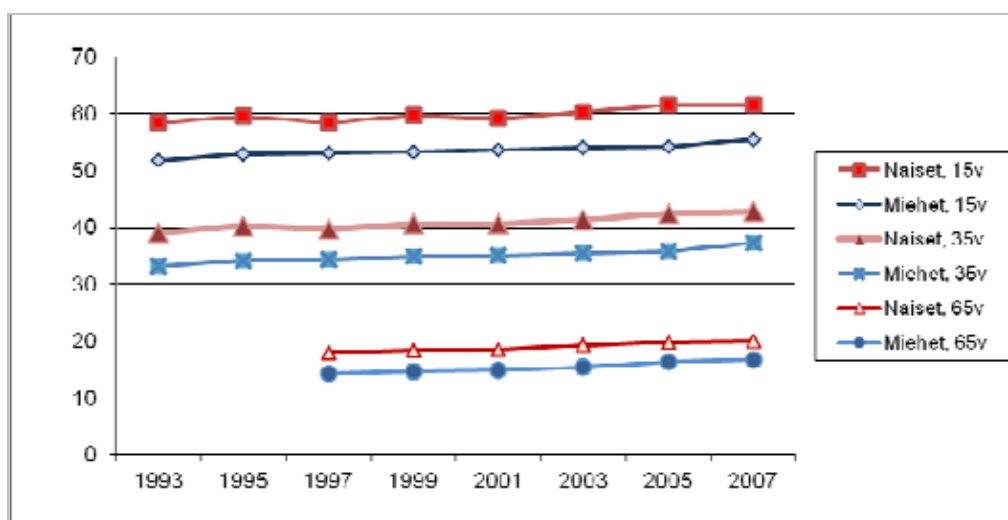
4.2 KAIKILLE YHTEISET TAVOITTEET

Tavoite 6: Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000

Eliniänodote on kasvanut vuodesta 2000 vuoteen 2010 miehillä 74,1 vuodesta 76,9 vuoteen ja naisilla 81,0:sta 83,5:een. Terveiden elinvuosien odote on laskettu erikseen 15-, 35- ja 65-vuotiaille (kuvio 23). Kaikissa ryhmissä terveiden elinvuosien odote on pidentynyt. Nuoremmissa ikäryhmissä on käytetty hyväksi Aikuisväestön terveyskäyttötutkimusta, jossa on huomioita henkilöt, jotka kokevat terveytensä vähintään keskitasoisiksi tai paremmaksi ja yli 65-vuotiaiden ryhmässä, niitä jotka kokevat avuntarvetta harvemmin kuin päivittäin.

Kuvio 23. 15- ja 35-vuotiaan terveen elinajan odote (koettu terveys vähintään keskitasoinen) sekä 65-vuotiaan omatoimisen elinajan odote (avuntarve harvemmin kuin päivittäin).

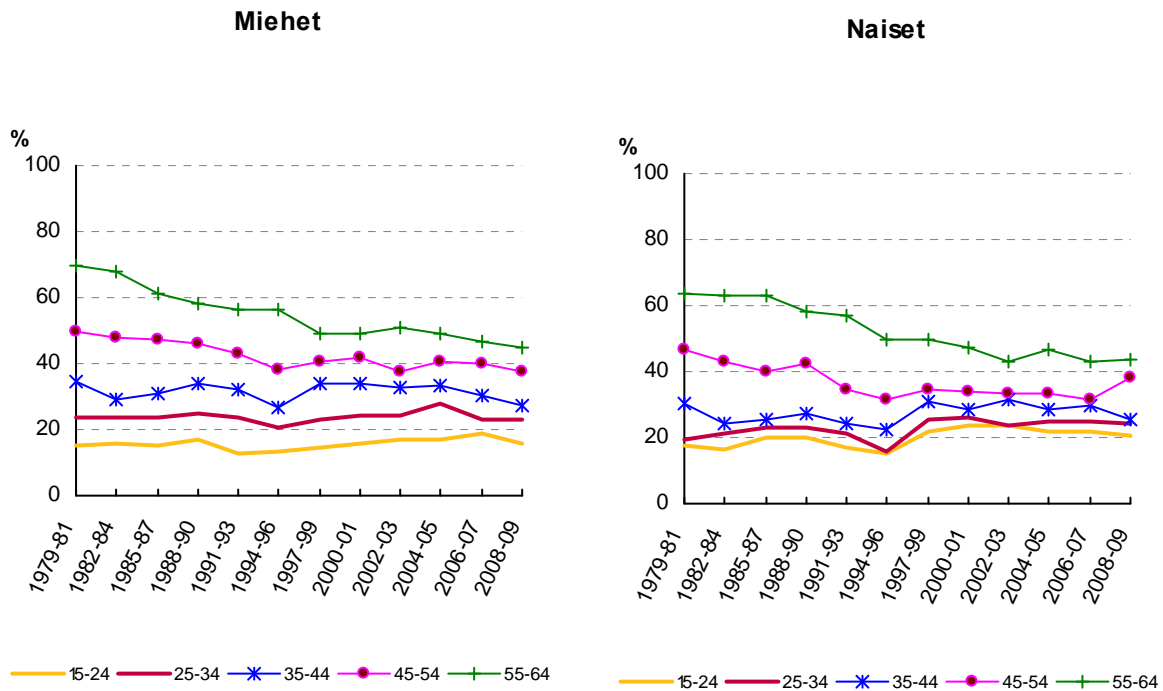
(Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttötutkimus ja terveys, AVTK-tutkimus ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttötutkimus ja terveys -, EVTK-tutkimus).



Tavoite 7: Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.

Terveydentilansa huonoksi tai keskinkertaiseksi kokevien osuus eri ikäryhmissä on selvästi vähentynyt. Parantumista on tapahtunut erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä sekä mielillä että naisilla. (kuvio 24.)

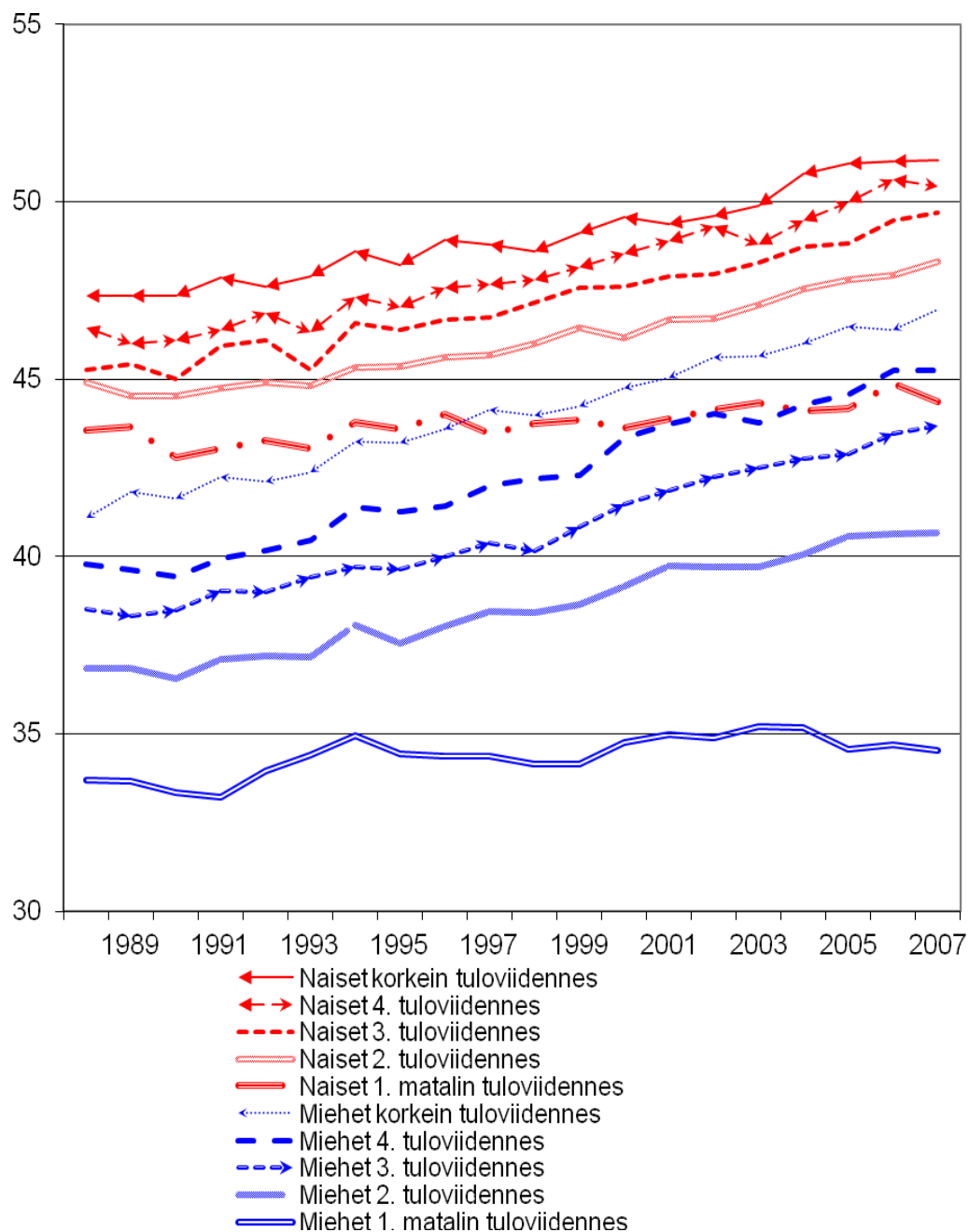
Kuvio 24. Niiden osuus 15–64-vuotiaista, jotka kokevat terveytensä huonoksi tai keskitasoisiksi, sukupuolittain ja ikäryhmittäin.
(Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -, AVTK-tutkimus).



Tavoite 8: Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikommissa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisen kuolleisuuserojen pieneneminen viidenneksellä.

Miesten ja naisten välinen kuolleisuusero ei ole enää pienentynyt 2000-luvulla, elin-iänodotteen ero oli 6,87 vuotta vuonna 2000 ja 7,01 vuotta vuonna 2007. Miesten ja naisten ero kuolleisuudessa oli suurimmillaan 9,08 vuotta vuonna 1978. Myöskään tuloryhmittäiset kuolleisuuserot eivät ole vähentyneet pikemminkin erot näyttävät kasvaneen vuodesta 1988 lähtien (kuvio 25).

Kuvio 25. Elinajanodote tuloryhmittäin vuosina 1988–2007 35 vuotta täyttäneillä.²⁹



²⁹ Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. J. Epidemiol. Community Health, 2011;4.

4.3 Yhteenveto

Terveys 2015 -ohjelman seurantaindikaattoreiden tarkastelu paljastaa, että 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä on tapahtunut sekä myönteistä että kielteistä kehitystä.

Kielteistä kehitystä osoittavat köyhien lapsiperheiden määrän kasvu ja huostaan otettujen lasten osuuden kasvu. Koulukiusaaminen lisääntyi vuosikymmenen alussa, mutta on viime vuosina alkanut vähentyä. 18-vuotiaiden humalajuominen on lisääntynyt sekä pojilla että erityisesti tytöillä. Sen sijaan 14–16-vuotiaiden humalajuominen on vähentynyt tänä aikana. Huumeokeilut vähenivät vuosikymmenen alussa mutta viime vuosina ne ovat alkaneet uudelleen lisääntyä. Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus väheni vuoteen 2008 saakka mutta on taas vuonna 2009 alkanut lisääntyä.

Nuorten tapaturmakuolleisuudessa ei ole tapahtunut muutoksia. Myöskään väestöryhmittäiset kuolleisuuserot eivät ole pienentyneet.

Myönteistä kehitystä on havaittavissa useilla indikaattoreilla. Imeväiskuolleisuus on entisestään vähentynyt, eliniän odote ja terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrä on lisääntynyt ja keski-ikäisten ja iäkkäiden toimintakyky parantunut. Nuorten tupakointi on vähentynyt ja miesten itsemurhakuolleisuus vähentynyt. Työssä koettu stressi ei ole lisääntynyt ja keski-ikäisten koettu terveyden tila on parantunut.

5 KANSALLISET OHJELMAT

2000-luvulla sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa on painotettu informaatio-ohjausta. Ohjauksen välineitä ovat olleet lainsäädännön ohella laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmat ja hankkeet, joita on tuettu viestinnän, koulutuksen ja resurssiohjauksen keinoin. Laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset ja kehittämisohjelmat noudattivat Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita ja toiminnan linjauksia. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaista toimintaa käytettiin valtionavustusten myöntämisen yhtenä kriteerinä.

Tässä luvussa käsitellään pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan vastuulla valmisteltuja kansallisia kehittämisohjelmia, periaatepäätöksiä ja laatusuosituksia. Laatusuosituksista käsitellään Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita toteuttavia, kaikkien ikäryhmien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia suosituksia. Lasten ja nuorten sekä ikäihmisten palveluja ohjaavat laatusuositukset käsitellään ikäryhmäkohtaisessa tarkastelussa luvussa seitsemän. Hallitusohjelman mukaisia politiikkaohjelmia tarkastellaan tässä omana kokonaisuutenaan ja muita kansallisia ohjelmia niiden voimaantuloajankohdan mukaan aikajärjestyksessä.

On tärkeä huomata, että Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita ja toimintalinjauksia toteutetaan myös muiden ministeriöiden hallinnonalojen vastuulla olevissa ohjelmissa ja hankkeissa. Muiden hallinnonalojen keskeisistä toimenpiteistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on raportoitu tarkemmin eduskunnalle annettavissa Sosiaali- ja terveystietokertomuksissa³⁰. Tähän on poimittu joitakin ohjelmia, mutta monet merkittävästikin välillisesti kansanterveyteen vaikuttavat ohjelmat jäävät tässä yhteydessä valitettavan vähälle huomiolle tai mainitsematta kokonaan.

5.1 LAATUSUOSITUKSET OHJAUKSEN VÄLINEENÄ

Laatusuositukset ovat kansallisia suosituksia hyvistä käytännöistä. Niiden tehtävänä on auttaa kuntia ja kuntayhtymiä tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnittelussa ja toiminnan arvioinnissa. Laatusuosituksia tarkastellaan tässä julkaisemisjärjestyksessä.

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus³¹

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus jäsentää laadukkaan mielenterveystyön keskeisiä rakenteellisia ja toiminnallisia tekijöitä. Suositus on rakennettu tarvelähtöisesti erottamalla kuntalaisten näkökulma, ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulma sekä toiminnallinen ja hallinnollinen näkökulma. Suosituksessa käsitellään elämisen ja selviytymisen voimavaroja, ongelmien ehkäisyä, psykososiaalisten ongelmien selvittelyä ja niissä tukemista, mielenterveyden häiriöiden varhaista tun-

³⁰ STM. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:4 ja STM:. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2010:1. STM. 2001.

³¹ Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:19. Edita Oyj Helsinki.

nistamista, tehokasta hoitoa ja monipuolista kuntoutusta. Suositus on tarkoitettu kaikkien mielenterveystyön osapuolten käyttöön.

Laatusuositus tukee Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti syrjäytymisuhassa olevia lapsia ja lapsiperheitä vahvistaen psykososiaalisia palveluja. Se ohjaa turvaamaan lasten tarvitseman mielenterveyshoidon sekä sovittamaan yhteen asiakkaiden tarpeet terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä.

TEAviisarin mukaan vuonna 2008 laatusuosituksen suosittama kuntatasoinen mielenterveystyön kokonaissuunnitelma, johon sisältyy ehkäisevän mielenterveystyön osuus, oli vain alle puolella terveyskeskuksista. Vuonna 2010 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oli 71 prosentissa terveyskeskuksista.

Riskiryhmiin kohdistuvia yhteisiä toimintaohjeita ja toimintakäytäntöjä on melko vähän käytössä. Lasten mielenterveysongelmien tunnistamiskäytännöissä on terveyskeskuksissa kehitettävää. TEAviisarin mukaan vuonna 2008 terveyskeskuksista noin 60 prosentilla oli kirjattu yhteinen käytäntö masennuksen tunnistamiseen. Vuonna 2010 yhteiset kirjatut käytännöt olivat jo 88 prosentilla terveyskeskuksista. Työntekijäresurssien suhteen tilanne on parantunut vuoden 2005 seurannasta. Ehkäisevän mielenterveystyön vastuuhenkilö oli vuonna 2010 jo 84 prosentissa terveyskeskuksia.

Päihdepalvelujen laatusuositukset³²

Päihdepalvelujen laatusuositusten tavoitteena on ollut tukea päihdepalveluja koskevaa suunnittelua, päätöksentekoa, palvelujen järjestämistä, tuottamista ja kehittämistä. Lähtökohtana on ollut, että päihdehaittojen ehkäisy huomioidaan kaikessa kunnan päätöksenteossa. Varsinaisen asiakastyön lisäksi suosituksissa on otettu kantaa koko palvelujärjestelmän suunnitelmalliseen käyttöön ja asiakkaan tahtoon, oikeuksiin ja erityistarpeisiin sekä asiakastyön prosessiin. Huomiota on kiinnitetty muun muassa kasvavien erityisryhmien kuten alaikäisten tai päihdeongelmaisten äitien ja perheiden tarpeisiin sekä maahanmuuttajien ja muiden vähemmistöjen ja huono-osaisten päihdeiden käyttäjien palvelukysyntään.

Päihdepalvelujen laatusuositus antaa eväitä Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti kehittää yhteistyötä kunnissa eri viranomaisten, järjestöjen, koulujen, elinkeinoelämän, vanhempien ja nuorten itsensä kanssa alkoholin käytön ja huumeekokeilujen vähentämiseksi sekä alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveysongelmien käsittelemiseksi.

TEAviisarin mukaan vuonna 2010 terveyskeskuksista 83 prosentilla oli johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma päihdehaittojen vähentämiseksi ja 80 prosentilla kirjattu käytäntö huumeongelmien tunnistamiseksi. Varhainen tunnistaminen (esimerkiksi Audit-kysely tai Mini-interventio) ja puuttuminen alkoholiongelmiin asiakastyössä oli vuonna 2008 vakiintunut 64 prosentissa terveyskeskuksista. Vastaava luku oli 72 prosenttia vuonna 2010.

³² STM. 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Edita Prima Oy Helsinki.

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit³³

Laatukriteerit vastaavat kysymyksiin, mistä voi päätellä että tekee laadukasta ehkäisevää päihdetyötä, onko työ hyödyllistä ja tuottaako se tulosta. Laatukriteereissä laatu tarkastellaan erikseen sisällön, toteutuksen sekä arvioinnin ja seurannan näkökulmista.

Terveyden edistämisen laatusuositus³⁴

Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukea kuntien laadunhallintatyötä. Tavoitteena on nostaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Suositukset kohdistuvat terveyden edistämisen johtamiseen, toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen, yhteistyöhön ja työnjakoon sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointiin.

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa on sovellettu WHO:n Ottawan julkilausumassa (Ottawa Charter 1986³⁵) käytettyä terveyden edistämisen toimintalinjojen luokittelua: terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen, terveyttä edistävä elinympäristö, terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen, terveyden edistämisen osaaminen, terveyttä edistävät palvelut ja terveyden edistämisen seuranta ja arviointi. Jokaiseen toimintalinjaan on sisällytetty 4–8 suositusta.

Laatusuosituksen liitteenä on käytännön esimerkkejä terveyttä edistävän kuntatyön sisällöistä: ravitsemus, liikunta, päihteiden käyttö, tapaturmien ehkäisy ja seksuaali-terveyden edistäminen sekä eri ikäryhmien terveyden edistäminen.

Suositus ohjaa ja tukee kuntien päättäjiä ja muita toimijoita Terveys 2015 -ohjelman mukaisten tavoitteiden ja linjausten toteutuksessa terveyttä edistävän työn rakenteita ja toimintakäytäntöjä vahvistavissa asioissa. TEAviisarin mukaan (2010) laatusuositusten käyttöä arvioitiin terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa ja johtoryhmässä sen mukaan, oliko suositukset jaettu tiedoksi, esitelty vai käsitelty ja päätetty toimenpiteistä. Käsittelyn maksimipistemäärä oli 100. Luottamushenkilöhallinnossa käsittelystä tuli 44 pistettä, johtoryhmässä 62 pistettä.

Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005³⁶

Maa- ja metsätalousministeriön alaisen Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimat ravitsemussuositukset oli tarkoitettu käytettäväksi joukkoruokailun suunnittelussa, ravitsemusopetuksen ja -kasvatuksen perusaineistona sekä ohjeina arvioitaessa ihmisryhmien ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia esimerkiksi tutkimuksissa tai joukkoruokailussa. Suosituksiin on otettu mukaan fyysisen aktiivisuuden edistäminen hyvän ruokavalion rinnalla terveyttä edistävänä elintapana.

³³ Stakes. Laatutähteä tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Stakes. Kuopio ja Helsinki.

³⁴ STM. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino Helsinki.

³⁵ Ottawa Charter for health promotion. Ottawa. An International Conference on Health Promotion. November 17–21–1986.

³⁶ Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista³⁷

Periaatepäätöksen (2008) tavoitteena on lisätä terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrää, kasvattaa kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä samalla vähentäen tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin saantia, vähentää ylipainoa ja muita ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyviä terveyshaittoja sekä vahvistaa erityisesti huomionomassa sosioekonomisessa asemassa olevien väestöryhmien terveyttä edistäviä ruoka- ja liikuntatottumuksia.

Periaatepäätöksessä on linjattu tavoitteet ja kehittämislinjat eri ikä- ja väestöryhmille (lapset ja nuoret, opiskelu- ja työikäiset sekä ikääntyneet) paikallistason päätöksentekoon, muuhun arkiympäristön kehittämiseen, eri ammattiryhmien kouluttamiseen sekä seurantaan ja tutkimukseen.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista näkyy TEAviisarin mukaan vuonna 2009 vielä varsin heikosti liikuntatoimen päätöksenteossa. Periaatepäätöksen käsittely liikuntatoimen luottamushenkilöhallinnossa saa 23 pistettä 100 pisteestä ja liikuntatoimen johtoryhmässä 35 pistettä 100 pisteestä.

Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa, toimenpidesuositus³⁸

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tavoitteena on edistää ruoan ravitsemuslaadun paranemista joukkoruokailussa, laadukkaiden ruokapalvelujen saatavuutta, käyttöä ja houkuttelevuutta sekä joukkoruokailun seurantaa.

Työryhmän työ liittyy valtioneuvoston periaatepäätökseen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista 2008³⁹.

5.2 POLITIIKKAOHJELMAT TERVEYDEN EDISTÄJINÄ

Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus (2007–2011) käynnisti kolme politiikkaohjelmaa⁴⁰, joiden sisällöt, suunnitelmat ja seurantaindikaattorit vahvistettiin hallituksen strategia-asiakirjassa 5.12.2007. Politiikkaohjelmien avulla oli määrä toteuttaa hallitusohjelman laajoja poikkihallinnollisia tehtäväkokonaisuuksia.

³⁷ STM. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2008:10. Yliopistopaino Helsinki.

³⁸ STM. Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:11.

³⁹ Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2008:10. Yliopistopaino Helsinki.

⁴⁰ Hallituksen politiikkaohjelmat. Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011.

Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma (TYPO)

Ohjelman tavoitteena oli tukea hallituksen tavoitteita talouskasvun, työllisyyden ja hyvinvointiyhteiskunnan rahoituspohjan turvaamiseksi. Ohjelma vastasi osaltaan ikärakenteen muutoksesta johtuvaan työikäisen työvoiman määrän vähenemisen ja globaalin talouskehityksen esiin nostamiin haasteisiin. Pää tavoitteina oli kansalaisten työpanoksen saaminen käyttöön mahdollisimman täysimääräisenä, työn tuottavuuden ja työelämän laadun oleellinen parantuminen suomalaisilla työpaikoilla sekä yrittäjyyden- ja yritysten kasvuhaluuden koheneminen.

Työelämän laadun ja työterveyden parantaminen ovat merkittäviä keinoja työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että työelämän kehittämistoimilla on myönteisiä vaikutuksia työurien pidentämiseen, työssä jaksamiseen sekä tuottavuuteen. Hyvä johtaminen ja työn kuormittavuuden vähentäminen edesauttavat työssä jaksamista. Työn henkinen rasittavuus on nykyisin selvästi suurempaa kuin työn fyysinen rasittavuus. Politiikkaohjelman arvioinnin mukaan työntekijöiden mahdollisuudet kehittyä työssään olivat ohjelmakauden aikana parantuneet. Työhyvinvoinnissa ja työssä jaksamisessa tapahtui Työterveyslaitoksen tutkimusten mukaan myönteistä kehitystä ja työhönsä erittäin tai melko tyytyväisten osuus oli kasvanut vuoden 2005 ja vuoden 2009 välisenä aikana 8 prosenttia 79 prosentista 87 prosenttiin.

Työllistymisen merkittävimpiä esteitä ovat Työ- ja elinkeinoministeriön ja Työ- ja elinkeinotoimistojen selvityksen mukaan vajaakuntoisuus, päihde- ja mielenterveysongelmat, motivaation puute ja sosiaaliset ongelmat. Vaikeasti työllistyvien sijoittumista työhön avoimille työmarkkinoille on tuettu välityömarkkinoilla. Nuorten yhteiskuntatakuuta on uudistettu nopeuttamalla työllistymissuunnitelman laatimista ja ottamalla käyttöön työnantajalle kohdistettu, palkkatukeen pohjautuva Sanssi-kortti alle 30-vuotiaille vastavalmistuneille nuorille sekä täsmennetty työvoima- ja koulutustarpeen ennakoinnin vastuunjakoa tiivistämällä valtakunnallisen ja alueellisen ennakointityön vuoropuhelua. Periaatepäätös työperäisen maahanmuuton toimenpideohjelmasta 2009–2011 hyväksyttiin valtioneuvostossa 5.11.2009. Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma osallistui moniin työikäisten työkyvyn ylläpitämisen vahvistamiseen ja työllisyyden parantamiseen tähtääviin hankkeisiin, joita kuvataan tarkemmin tämän raportin luvussa 7.2.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (TEPO)

Ohjelman tavoitteena oli väestön terveydentilan parantuminen ja väestöryhmien välisen terveyserojen kaventuminen. Yhteiskunnallisiksi vaikuttavuustavoitteiksi asetettiin terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen, terveitä elämäntapavalintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen ja terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen sekä järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen terveyden edistämisen, erityisesti osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukena.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman keskeisenä tehtävä oli Terveys 2015-ohjelman mukaisesti edesauttaa ja vahvistaa terveystieteiden huomioon ottamista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmän toiminnassa sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksilötasolla.

TEPO-ohjelmassa painotettiin terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen näkyväksi tekemistä ja sen omaksumista eri päätöksenteon tasoilla sekä terveyden edistämisen paikallisten rakenteiden vahvistamista. Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet sisältävät muun muassa toimivat hyvinvoinnin ja terveyden seurantajärjestelmät, kattavan tietopohjan, johtamisen ja toimeenpanorakenteet, verkostoyhteistyön, ammatillisen ja strategisen hyvinvointiosaamisen sekä toimivat terveyden edistämisen käytännöt. Paikallisia rakenteita oli kehitetty ja kehitettiin samanaikaisesti Stakesin/THL:n hankkeissa sekä Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeessa (Kaste). TEPO-ohjelma teki koeteltuja käytäntöjä tunnetuksi ja nosti terveyden edistämistyön merkittävyyttä tietoisuuteen.

Terveyden edistämisen keskuksen tekemän terveyden edistämisen barometrin mukaan (2009) 60,8 prosenttia terveysjohtajista arvioi, että politiikkaohjelma oli vaikuttanut erityisesti terveyden edistämisen parempaan näkyvyyteen ja merkitykseen. Yleiset terveyden edistämisen tulevaisuuden näkymät olivat vuonna 2010 kunnissa hiekan valoisammat kuin edellisenä vuonna. Kunnan toimintaa kuvaavan TEAviisarin mukaan terveyden edistämisen toteutumisen osuus maksimipisteistä (100) oli koko maassa vuonna 2010 perusterveydenhuollossa 53, vuonna 2009 peruskouluissa 63, vuonna 2010 liikuntatoimessa 55 ja vuonna 2011 kunnan yleishallinnossa 61. TEAviisarin mittaama indeksiluku koostuu seitsemästä terveyden edistämistä kuvaavasta osiosta. Nämä ovat sitoutuminen, johtaminen, terveysseuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus ja muut ydintoiminnat. TEPO -ohjelma vaikutti myös siihen, että terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen kirjattiin vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma toimi ns. sateenvarjona Kansalliselle terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmalle 2008–2011 ja Alkoholiohjelmalle (2008–2011). Osana TEPO-ohjelmaa asetettiin työryhmä valmistelemaan joukkoruo-kailun kehittämistä Suomessa. Toinen esimerkki laajasta poikkihallinnollisesta yhteistyöstä on TEPO-ohjelman käynnistämä Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – toimintaohjelma vuosille 2010–2014.

TEPO-ohjelma tarjosi myös yhteistyöfoorumeja elinkeinoelämän terveyttä edistävän roolin konkretisoimiseksi ja vahvistamiseksi sekä vaikutti lainsäädäntöön terveysriskejä tuottavan elinkeinotoiminnan sääntelemiseksi. Kansalaisjärjestöjen kanssa ohjelma teki yhteistyötä muun muassa terveyttä edistävässä viestinnässä.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (LAPO)

Ohjelman painopisteenä oli ehkäisevä työ ja varhainen ongelmiin puuttuminen. Tavotteena oli vahvistaa lapsiystävällistä Suomea, jossa tuetaan lasten, nuorten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähennetään syrjäytymistä, lisätään lasten ja nuorten osallistumista ja kuulemistä sekä lasten oikeuksista tiedottamista. Ohjelman tavoitteet jaettiin kolmeen osatavoitteeseen; lapsilähtöinen yhteiskunta, hyvinvoiva lapsiperhe ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Läpileikkaavana periaatteena kussakin osatavoitteessa oli sukupuolten tasa-arvo ja monikulttuurisuus.

Lapsilähtöinen yhteiskunta osa-alueeseen liittyen ohjelma osallistui lasten ja nuorten mediaympäristön turvallisuutta ja medialukutaitoa vahvistavan lakiesityksen ja medialukutaitoa koskevan hallituksen esityksen valmisteluun. LAPO-ohjelma vaikutti myös vuoden 2011 alussa voimaan tulleeseen nuorisolain muutokseen (693/2010), jonka tarkoituksena on vahvistaa monialaista yhteistyötä syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

si. Nuorisolain mukaisesti eri hallinnonalat ylittävä perusta luotiin lapsi- ja nuorisopolitiikan ohjelmassa.

Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon kannalta huomattavaa oli myös lasten ja nuorten hyvinvoinnin seurannan tietopohjan kehittäminen sekä päätösten lapsivaikutusten arvioinnin kehittäminen YK:n lapsenoikeuksien sopimuksen edellyttämällä tavalla. Lapsiperheiden hyvinvointia lisättiin tukemalla matalan kynnyksen palveluja ja avointa toimintaa, seuraamalla ja kehittämällä lapsiin kohdistuvan väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön selvittämistä sekä vahvistamalla lasten ja nuorten terveellisiä elämäntapoja. Nuorten syrjäytymistä ehkäistiin edistämällä elämänhallinnan taitoja, motivoimalla koulutukseen ja harrastuksiin sekä tukemalla liikenneturvallisuuden parantamista ja vahvistamalla rakennetun ympäristön viihtyisyyttä. Osallisuus-temaan liittyi yhteistyö Nuorisotutkimusverkoston kanssa, jossa tehtiin kirja 'Lasten ja nuorten kunta'.

Politiikkaohjelmien kannalta oli vaalikauden 2007–2011 päättyessä tärkeää pitää edelleen esillä hyvinvoinnin turvaamiseen ja talouskasvun vahvistamiseen liittyviä kysymyksiä.

Kasvun edellytyksenä on terve ja hyvinvoiva kansa ja sen kautta työvoiman saatavuuden varmistaminen ja työurien pidentäminen. Tarve kehittää palveluita ennaltaehkäisevään suuntaan korostui kaikissa politiikkaohjelmissa. Ohjelmien arvioinnissa todettiin ennaltaehkäisevien palveluiden tulosten mittaamisen vaikeus lyhyellä, vuoden tai parin jaksolla. Erityisen vaikeaksi ennaltaehkäisevien palveluiden etujen näkemisen tekee tarkastelutapa, jonka lähtökohta on yhden talousarviovuoden tai vaalikauden kehityksen tasapainottaminen, jolloin yhtenä vuonna pyritään säästöihin ja seuraavana vuonna kustannusten painopiste voi siirtyä korjaaviin palveluihin.

Pääministeri **Jyrki Kataisen hallitusohjelman** (22.6.2011) kolmesta painopistealueesta kaksi tukee myös Terveys 2015 -ohjelman toteutumista. Nämä ovat köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen sekä kestävän talouskasvun, työllisyyden ja kilpailukyvyn vahvistaminen.

5.3 MUUT KANSALLISET OHJELMAT

2000-luvulla toteutetuista kansallisista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmista monet toteuttivat myös Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa. Ohjelmat esitellään tässä julkaisuajankohdan mukaan järjestyksessä.

Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma⁴¹ (DEHKO)

Ohjelma toteutettiin vuosina 2000–2010. Kansallisen ohjelman osa-alueina olivat tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen sekä diabeetikkojen omahoidon tukeminen. DEHKO:n tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaa toteutettiin laajana toimeenpanohankkeena (D2D), jonka tavoitteena oli tuoda perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimintaan uusi ehkäisevä toimintatapa suunnattuna erityisesti tyypin 2 diabetekseen, luoda alueellisia ja paikallisia toimin-

⁴¹ Tuomola S, Idänpään-Heikkilä U, Halkoaho A, Virkamäki A. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010), Loppuraportti. Osa II Ulkoinen arviointi. Kehitys Oy, Pori 2011.

tamalleja ja -ohjelmia, kouluttaa terveydenhuoltohenkilöstöä, kehittää koko terveydenhuollossa käyttöön otettavia ehkäiseviä työmuotoja sekä edistää näiden leviämistä.

DEHKO:sta on tehty sekä sisäinen että ulkoinen arviointi. DEHKO:lla oli merkittävä myönteinen vaikutus diabeteksen tunnistamiseen keskeisenä kansanterveysongelmana, myös poliittisella tasolla. Suomalainen diabetesosaaminen saavutti kansainvälistä näkyvyyttä ja kolmannen sektorin roolin arvostus ehkäisytyössä kasvoi. Tavoite sydän- ja aivoverisuonikomplikaatioiden vähenemisestä saavutettiin. Hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen on kiinnitetty laajalti huomiota ja tähän on luotu runsaasti uusia toimintatapoja ja työkaluja. Ohjelmassa tuotettiin runsaasti onnistunutta opasaineistoa. Ohjelman aikana ei kuitenkaan voitu todentaa tyypin 2 diabeteksen eikä lihavuuden esiintyvyyden pienenevän. D2D alueilla on alustavasti havaittu mahdollista lihavuuden kasvun pysähtymistä. D2D hankkeessa tunnistettiin suuri määrä uusia tyypin 2 diabetesta sairastavia oireettomassa varhaisvaiheessa. Väestön tietoisuus diabeteksestä ja sen ehkäisystä on hyvä.

TEAvisarin mukaan 83 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti vuonna 2010, että heillä on johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma diabeteksen ehkäisystä ja 80 prosentilla terveyskeskuksista oli suunnitelmallinen seuranta diabeteksen yleisyydestä.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi⁴²

Valtioneuvoston periaatepäätökseen perustuva kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2001–2007) painotti terveystalouden saatavuuden parantamista kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti. Uudistusten avulla tuli varmistaa palveluiden jatkuvuus, oikea-aikaisuus, turvallisuus ja laatu sekä edistää eri toimijoiden yhteistyötä ja kannustaa kustannustehokkuuteen. Palvelutuotantoa tuli arvioida kokonaisuutena, johon sisältyy ehkäisevä terveydenhuolto, äkillisten sairauksien hoito, pitkäaikaissairauksien hoito ja ennakolta suunnitteleva hoito ja kuntoutus. Terveydenhuoltohankkeeseen varattiin kokonaisuudessaan 0.7 miljardia euroa.

Terveydenhuoltohankkeen kehittämistoimenpiteissä todettiin, että ohjelma täydentää Terveys 2015-ohjelmaa ja sisältää toimenpide-ehdotukset terveystaloustalouden kehittämiseksi. Terveiden edistämistä koskeissa suosituksissa esitettiin, että kunnat arvioivat sosiaali- ja terveystalouden tarvetta ja järjestämistä osana hyvinvointipoliittista ohjelmatyötä. Työssä tuli korostaa terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullisten ratkaisujen kehittämistä sekä palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektoreiden yhteistyötä. Lisäksi suositeltiin Terveys 2015 -ohjelman linjauksen mukaista toimintaa ja vähittäismyynnissä olevien alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuuden alentamista.

Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon kannalta terveydenhuoltohankkeessa ei tapahtunut merkittävää uutta. Tuloksiin kirjattiin meneillään olevaa terveyden edistämisen kansallista kehittämistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama arviointiryhmä totesi arviointiraportissaan⁴³, että hankkeen vaikutukset jäivät kokonaisuutena verraten vähäisiksi muun muassa perusterveydenhuollon toimivuuden parantamisessa, ennaltaehkäisyn tehostamisessa, terveyskeskusten väestöpohja- ja lääkäritavoitteen toteuttamisessa ja rakenteellisten ja organisatoristen ratkaisujen aikaansaamisessa.

⁴² Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3.

⁴³ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22.

Perusterveydenhuollon keskeiset haasteet hoitaa vanhuksia ja kasvavia päihde-, elintapa- ja syrjäytymisongelmia olivat hankkeen aikana lisääntyneet. Vuosina 2005 ja 2006 toimeenpantua terveyden edistämisen laajaa alueellista kierrosta pidettiin onnistuneena ja hyvin valmisteltuna⁴⁴. Terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon roolin vahvistumista tulevaisuudessa pidettiin tärkeänä ja hankerahoitusta esitettiin suunnattavaksi terveyden edistämisen hankkeisiin, joita myös tuli arvioida.

Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi⁴⁵

Kansallisen terveydenhuoltohankkeen rinnalle asetettiin kansallinen sosiaalialan kehittämishanke (2003–2007) sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaalialan kehittämishankkeessa tuli selvittää, miten ennaltaehkäisevää toimintaa ja sosiaalipalveluja tulee uudistaa ja parantaa niin, että ne tukevat ihmisten hyvinvoinnin kehittymistä ja vähentävät syrjäytymistä ja sosiaalisten ongelmien syntymistä ja kasaantumista. Periaatepäätökseen sisältyi palvelujen saamisen ja laadun turvaaminen, palvelurakenteen ja toimintojen kehittäminen, henkilöstön saanti, osaaminen ja työolojen kehittäminen. Tarkoituksena oli varmistaa myös sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen ja ennakoida muuttuvan toimintaympäristön asettamia lisääntyviä vaatimuksia sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja niiden ratkaisemiseksi. Tätä varten käynnistettiin Hyvinvointi 2015 -ohjelman valmistelu.

Sosiaalialan kehittämishankkeen laajapohjaisessa valmistelussa tuli etsiä keinoja, joilla tehostetaan varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä sekä parannetaan ihmisten hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja toimeentuloa. Lisäksi haettiin malleja, joiden avulla yhdyskuntarakentaminen, asuntopolitiikka sekä työelämän vaatimukset saadaan paremmin tukemaan ongelmia ehkäisevää ja sosiaalista vastuuta edistävää politiikkaa. Ohjelmassa tuli esittää ratkaisuja yksilöllisen selviytymisen ja yhteisöllisen tuen tasapainottamiseksi sekä tarkastella sosiaalialan eri toimijoiden asemaa ja roolia sosiaalipalveluiden järjestämisessä. Sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanoa varten varattiin 1,5 miljoonan euron vuotuinen määräraha vuosille 2004–2007.

Sosiaalialan kehittämishankkeeseen sisältyi lukuisia osakokonaisuuksia, jotka toteuttivat samalla Terveys 2015 -ohjelman lasten, nuorten, työikäisten ja ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia vahvistavia toimintasuuntia ja linjauksia. Kehittämishankkeen yhteiskunnallisena päämääränä oli väestön hyvinvoinnin edistäminen, syrjäytymisen ehkäiseminen ja sosiaalisen turvallisuuden vahvistaminen. Toiminnallisia tavoitteita olivat muun muassa perheiden tuen ja palvelujen vahvistaminen, lastensuojelun, vammaispalvelujen, vanhuspalvelujen ja päihdepalvelujen kehittäminen sekä palvelujen varmistaminen yhteistyössä.

Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointiraportissa⁴⁶ todettiin yleisesti, että käytettävissä olleella hankerahoitusinstrumentilla ei ollut mahdollista saavuttaa niitä tuloksia ja vaikutuksia, joita hankkeelle oli asetettu. Yksittäiset hankkeet olivat kestoaltaan lyhyitä tavoiteltujen vaikutusten aikaansaamiseksi. Keskeisimmät tulokset ja vaikutukset liittyivät usein yhteistyöedellytysten lisääntymiseen tai toimenpiteisiin osallistuneiden henkilöiden osaamisen kehittämiseen.

⁴⁴ Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:50. STM

⁴⁵ Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2003.

⁴⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:12.

Sosiaalialan kehittämishankkeessa saavutettiin lukuisia yksittäisiä hyviä tuloksia. Terveys 2015 -ohjelman kannalta keskeisimmiksi nousivat lasten ja perheidenpalvelujen laaja-alainen kehittäminen, tiedon tuottaminen lastensuojelun kehittämistarpeista, perhekeskustoiminnan käynnistyminen sekä huomion kiinnittäminen lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn ja varhaiskasvatussuunnitelmien toteuttamiseen. Myös varhaisen puuttumisen osaaminen ja mallit kehittyivät ja varhaisen puuttumisen rakenteita parannettiin. Vanhus- ja vammaispalvelujen osalta saavutettiin useita paikallisia hyviä tuloksia. Hankkeet edistivät muun muassa vanhus- ja vammaispalvelujen asiakaslähtöisyyttä. Päihdepalveluihin hankkeilla ei ollut havaittavissa merkittäviä vaikutuksia. Keskeistä oli päihdeasioiden osaamisrakenteiden vahvistuminen ja laajojen päihdepalvelujen syntyminen.

Hyvinvointi 2015 -ohjelma⁴⁷

Hyvinvointi 2015 -ohjelma oli osa valtioneuvoston asettamaa Sosiaalialan kehittämishanketta. Ohjelmassa esitettiin sosiaalialan kehittämisen kannalta keskeiset hyvinvointipolitiikan pitkän ajan tavoitteet ja toimenpidesuuntia tulevalle kehittämis-työlle. Ohjelman tavoitteena oli muun muassa etsiä keinoja tehostaa varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä sekä etsiä keinoja ihmisten hyvinvoinnin, sosiaalisen turvallisuuden ja toimeentulon parantamiseksi ja ratkaisuja yksilöllisen selviytymisen ja yhteisöllisen tuen tasapainottamiseksi.

Ohjelma jäi arvioinnin mukaan ylätasen strategiseksi asiakirjaksi eikä se sisältänyt toimenpiteitä, joiden implementointia olisi systemaattisesti seurattu. Hyvinvointi 2015 -ohjelman tarkoituksena oli ollut toimia kehittämishaasteiden tunnistajana. Esiin nostetut sosiaalialan kehittämisen tavoitteet näkyivät muissa kansallisissa ohjelmissa ja siten niiden jatkuvuus oli tullut turvatuksi.

Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen⁴⁸

Ohjelma nuorten tupakoinnin vähentämiseksi aloitettiin vuona 2003. Ohjelman aloittamista edelsivät Suomen Syöpäyhdistyksen (SSY) 2000-luvun alussa tekemät selvitykset nuorisokulttuurien ilmiöistä ja nuorten asenteista tupakointiin ja terveyden edistämiseen. Ohjelman ensimmäinen vaihe kesti kolme vuotta (2003–2005), sitä seurasi vuoden mittainen toinen vaihe ja lopuksi jälleen kolmen vuoden vaihe (2007–2009). Ohjelman perusrakenne pysyi lähes samanlaisena. Ohjelman toteutuksesta vastasi Suomen Syöpäyhdistys.

Ohjelma koostui seitsemästä toiminnallisesta kokonaisuudesta: asennevaikuttamisesta viestinnän keinoin, vieroituksesta, koulutuksesta, vapaa-ajan toiminnasta, nuorten ja aikuisten vuoropuhelusta, lastensuojelutoiminnasta ja tutkimuksesta. Ohjelman suurin osa-alue oli viestintäkampanjat, joita suunniteltaessa lähdettiin siitä, että terveysviestin on oltava sekä kiinnostava että emotionaalisesti puhutteleva, pelkkä tieto ei riitä muuttamaan käytöstä ja että viestinnän muotojen, sisältöjen ja areenoiden on oltava kohderyhmärelevanttejä. Kampanjat saivat lukuisia kansallisia ja kansainvälisiä

⁴⁷ Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Yliopistopaino Helsinki.

⁴⁸ STM Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen - Yhteinen vastuumme. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:58.

palkintoja innovatiivisista toteutuksista. Niiden vaikuttavuutta on osoitettu myös kohderyhmätutkimuksilla.

Toimintasuositukset lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa julkaistiin vuonna 2009. Toimintasuositusten tarkoituksena on antaa työvälineet lasten ja nuorten parissa tehtävään terveyttä ja tupakoimattomuutta tukevaan työhön sekä suojella lapsia ja nuoria tupakkatuotteiden käytöltä ja niiden aiheuttamilta haitoilta. Terveys 2015 -ohjelman tavoite, 16–18 vuotiaista tupakoi päivittäin vuonna 2015 enintään 15 prosenttia, toteutuu ohjelman mukaan, kun vanhemmat, oheiskasvattajat ja muut aikuiset välittävät lapsista ja nuorista ja ottavat vastuun tupakoimattomuuden edistämisestä. Lisäksi edellytyksenä on, että tupakoimattomuuden edistäminen on olennainen osa yhteiskuntapoliittista päätöksentekoa, lapsille ja nuorille turvataan tupakaton, terve ja turvallinen kasvu-, kehitys- ja elinympäristö ja heille annetaan sopivat tiedot ja taidot ja tarjotaan tupakoinnin lopettamisen tukipalveluja. Ohjelmassa tehdään konkreettisia ehdotuksia toiminnasta tupakoimattomuuden vähentämiseksi kodeille, kunnalle, seurakunnalle, apteekkeille, medialle, elinkeinoelämälle, järjestöille ja valtiovallalle.

TEAviisararin mukaan 83 prosentissa terveyskeskuksista Terveys 2015 -ohjelman tavoite 'Nuorten tupakointi vähenee' sisältyy terveyskeskuksen toiminta- ja taloussuunnitelman 2010 tavoitteisiin. Vuonna 2011 kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmissa vastaava tavoite ilmoitettiin esiintyvän 58 prosentissa kunnista. Vuonna 2009 peruskoulukyselyn mukaan tupakointia kouluaikana on seurattu vaihtelevasti. TEA-viisarissa seuranta saa 66 pistettä 100 maksimipisteestä.

Alkoholiohjelma⁴⁹

Alkoholiohjelma on valtioneuvoston periaatepäätökseen (2003) perustuva sosiaali- ja terveysministeriön ohjaama prosessi, jota on toteutettu ohjelmakausilla 2004–2007 ja 2008–2011. Periaatepäätöksessä esitettiin alkoholihaittojen ehkäisylle ja vähentämiselle kolme osatavoitetta: alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentäminen, alkoholijuomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun.

Ohjelmakauden 2004–2007 tavoitteena oli koota eri toimijoiden vaikuttaviksi todetut toimet kokonaisuudeksi, jossa yhteistyö edistää yhteisten tavoitteiden saavuttamista. Ohjelman keskeinen tarkoitus oli jäsentää alkoholipolitiikan kenttää ja systematisoida alkoholipolitiikkaa. Ohjelmaa valmistellessa kiinnitettiin huomiota siihen, että kentällä on useita toimijoita, mutta vastuu alkoholihaittojen ehkäisystä ja vähentämistoimien yhteensovittamisesta ei ollut selvä. Ohjelman arvioinnin mukaan alkoholihaittojen vähentämisen parissa työskentelevien toimijoiden kenttä oli selkiytynyt ja yhteistyö laajentunut ja syventynyt ja kumppanuussopimusmenettelystä oli tullut yksi merkittävä instrumentti alkoholihaittojen ehkäisyssä. Ohjelman tavoitteita ei saavutettu johtuen vuoden 2004 veronalennuksista. Jatkossa nähtiin tarpeelliseksi konkretisoida ohjelman tavoitteita ja tehostaa eri sektoreiden yhteistyötä valtionhallinnossa.

Toisella ohjelmakaudella (2008–2011) jatkettiin edellisen ohjelman mukaan tarkentaen työnjakoa ja toiminnan painopistettä. Tavoitteena on ollut vähentää haittoja, joita alkoholi aiheuttaa lasten ja perheiden hyvinvoinnille, vähentää riskikäyttöä ja sen aiheuttamia haittoja sekä kääntää kokonaiskulutus laskuun. Paikallisen työn tukemiseksi on luotu alueellisen koordinaation malli. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi, ohjaa ja tukee paikallista alkoholihaittojen ehkäisytyötä yhdessä aluehal-

⁴⁹ www.thl.fi/alkoholiohjelma

lintovirastojen kanssa. Hallituksen tuki ohjelmalle on tullut Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (TEPO) kautta.

Alkoholiohjelman 2008–2011 väliarvioinnin⁵⁰ mukaan alueellinen koordinaatiomalli on ollut selkeä ja tehokas toimintatapa, jossa muutaman ihmisen voimin on kyetty merkittävästi edesauttamaan alueellista toimintaa. Ohjelman tavoitteet suuntaavat toimintaa, mutta niiden toivotaan olevan konkreettisempia.

Alkoholiohjelma on tukenut Terveys 2015 -ohjelman toteutumista vähentämällä lapsiperheiden, nuorten ja työikäisten terveysuhkia ja syrjäytymistä sekä tukenut kuntien ja alueiden terveyden edistämistyötä. Ohjelma rakentaa myös kansallista ja alueellista yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja konkretisoi elinkeinoelämän mahdollisuuksia alkoholihaittojen ehkäisyssä.

Valtioneuvoston periaatepäättös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007⁵¹

Ohjelma pyrki helpottamaan huumausainetilannetta pysyvästi. Se sisälsi useita kokonaisuuksia, jotka liittyivät huumausainepoliittikan koordinaatioon, huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen, kansainväliseen yhteistyöhön sekä tutkimukseen ja seurantaan. Keskeistä oli eri viranomaisten ja hallinnonalojen yhteistyö huumausaineiden torjumiseksi ja huumeista aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Ohjelman toimeenpano sovitettiin yhteen sosiaalialan kehittämishankkeen, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO), poliisin ja tullin huumausainestrategioiden sekä poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten vakavan rikollisuuden torjuntastrategian kanssa. Lisäksi sitä valmisteltiin yhdessä alkoholiohjelman sekä sisäisen turvallisuuden ohjelman kanssa.

Sisäisen turvallisuuden ohjelma⁵²

Valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen sisäisen turvallisuuden ohjelmasta vuosina 2004, 2008 ja 2011. Ensimmäinen ohjelma valmisteltiin ja toimeenpantiin viranomaisten toimin. Toisen ohjelman valmistelussa ja toimeenpanossa ovat myös järjestöt ja elinkeinoelämä olleet keskeisesti mukana. Kolmannessa ohjelmassa määritellään kansalliset sisäisen turvallisuuden tavoitteet ja laaditaan alueelliset turvallisuuden ohjelmat. Ohjelman keskeisiä sisältöjä ovat arjen ja asumisen näkökulmasta tärkeimpien turvallisuusongelmien ennaltaehkäisy, väkivallan torjunta, rikosten uhrien tukipalvelut ja viranomaisten välinen yhteistyö ja sen selkiinnyttäminen. Keskeisenä tavoitteena on parantaa sisäistä turvallisuutta vähentämällä rikosten, onnettomuuksien, tapaturmien ja häiriöiden määrää, parantaa kodin, vapaa-ajan ja liikkumisen turvallisuutta sekä ehkäistä suuronnettomuuksia ja ympäristötuhoja. Tämä edellyttää ennalta ehkäisevien toimien tehostamista. Ohjelman toimeenpanoa ja seurantaa koordinoi sisäasiainministeriö. Sen toimeenpanoon osallistuvat useat ministeriöt, järjestöt sekä elinkeinoelämä.

⁵⁰ Kiijärvi-Pihkala M. Alkoholiohjelman paikallinen koordinaatio paikallisen työn tukena. Alkoholiohjelman väliarviointi. THL. Avauksia 14/2010.

⁵¹ Valtioneuvoston periaatepäättös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007.

⁵² www.intermin.fi > Sisäisen turvallisuuden ohjelma

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on koonnut laajasti yhteen eri toimijat, luonut yhteistä näkemystä sisäisen turvallisuuden tilanteesta ja kehityksen suunnasta sekä edistänyt näiden yhdessä tekemistä. Ohjelman taustalla on ollut tarve luoda aiempaa kiinteämpi yhteys ennalta ehkäisevien ja korjaavien toimien välille. Vastuu ennalta ehkäisevistä toiminnoista on lähes pääsääntöisesti toisella organisaatioilla kuin mikä on vastuussa tilanteen aikaisesta toiminnasta. Ohjelma korostaa myös turvallisuuden tunteen merkitystä. Turvallisuus ja sen tunne ovat hyvinvoinnin edellytyksiä.

Sisäisen turvallisuuden kahden ensimmäisen ohjelman toimeenpano on onnistunut hyvin siitä huolimatta, että toimintaympäristön haasteet ovat lisääntyneet. Esimerkiksi tapaturmien ja väkivallan määrän kasvu on kääntynyt laskuun. Paikallinen turvallisuussuunnittelu on edennyt merkittävästi ja tuonut uusia mahdollisuuksia turvallisuuden parantamiseksi ja ongelmiin puuttumiseksi. Sisäisen turvallisuuden toimintaympäristön haasteet ovat lisääntyneet. Alkoholi on tärkein yksittäinen tekijä väkivallan ja tapaturmien taustalla. Alkoholin käyttö on vähentynyt, joskin se on edelleen korkealla tasolla. Syrjäytyminen on edelleen sisäisen turvallisuuden suurin uhka, johon voidaan vaikuttaa vain laajalla yhteistyöllä. Taloudellisista vaikeuksista huolimatta tietoisuus ennalta ehkäisevän turvallisuustyön merkityksestä taloudellisesti ja hyvinvoinnin kannalta on lisääntynyt kunnissa.

Sisäisen turvallisuuden ohjelma toteuttaa Terveys 2015 -ohjelmaan sisältyviä linjauksia muun muassa ehkäisemällä nuorten aikuisten vapaa-aikaan ja alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien ja vammautumisten määrää, vähentämällä perheväkivaltaa, ehkäisemällä syrjäytymiskehitystä sekä lisäämällä iäkkäiden ihmisten turvallisuuden tunnetta ja itsenäisen elämän edellytyksiä.

Suomalainen Sydänohjelma⁵³

Suomen Sydänliiton vuosina 2006–2011 toteuttaman Suomalaisen Sydänohjelman taustalla oli 1997 pidetty konsensuskokous, jossa hyväksyttiin toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. RAY:n rahoittamassa toimenpideohjelmassa oli 120 toimenpidesuositusta, joissa painotettiin joukkoruokailuun, elintarvikkeiden merkintäjärjestelmään ja liikunnan edistämiseen liittyviä suosituksia. Uudistettu ohjelma muodosti Suomen Sydänliiton toiminnan strategisen perustan koko ohjelmakauden ja oli pohjana niin RAY:n rahoittamille osahankkeille kuin myös liiton jo vakiintuneille toiminnoille. Sydänohjelma perustui kolmeen strategiaan: 1) Väestöstrategian tavoitteena oli suojella sydän- ja verisuoniterveyttä sekä ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksien puhkeamista turvaamalla väestön terveet elintavat pienestä pitäen. 2) Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategialla liitto pyrki vaikuttamaan sydämen edunvalvojana niin, että sydän- ja verisuonisairaudet diagnosoidaan riittävän varhaisessa vaiheessa ja hoito toteutuu kansallisten hoitosuosituksen mukaisesti kaikissa sosiaaliryhmissä. 3) Sairauden pahenemisen ja uuden sairauskohdauksen ehkäisyn strategiassa Sydänliiton tavoitteena oli sydänpotilaiden systemaattisen jatkohoidon ja kuntoutuksen toteutuminen.

Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus mahdollisti useita Sydänohjelman osahankkeita. Neuvokas perhe -osahankkeessa kehitettiin työvälineitä lasten parissa toimiville ammattilaisille terveydenhuollossa ja päivähoidossa sekä toiminnallisia menetelmiä myös lapsille ja lapsiperheille. Terveellinen joukkoruokailu – Arkilounas on sydämen asia -osahankkeessa tuotettiin suurkeittiöille keinoja ruoan ravitsemuksellisen laadun parantamiseksi sekä terveellisten ruokapalveluiden tarjonnan ja käytön lisäämiseksi.

⁵³ www.sydanliitto.fi/suomalainen-sydanohjelma

Korkean riskin strategiassa aikaisemmin kehitettyjen seulonta- ja interventioprosessien pohjalta hiottiin toimintamalleja, joita levitettiin laajempaan käyttöön osana perusterveydenhuollon päivittäistä työtä. Valtimotautipotilaiden Tulppa-ryhmäkuntoutusohjelmaa toteutettiin seitsemän sydämpiirin alueella

Kansallinen TULE-ohjelma⁵⁴

Kansallinen TULE-ohjelman (2005–2009) keskeiset toimintalinjat olivat terveyden edistäminen; tuki- ja liikuntaelinten (tule) oireiden, -sairauksien, -vammojen ja vammaisuuksien ehkäisy, tule-potilaiden hoito ja kuntoutus ja näitä tukeva tutkimus, koulutus ja väestön tule-tietoutta lisäävä tiedotus.

Ohjelma oli kohdennettu ensisijaisesti valtakunnallisille päättäjille ja vaikuttajille, mutta myös kaikille tahoille ja henkilöille, jotka voivat vaikuttaa päätöksillään ja toiminnoillaan tule-terveyteen. Ohjelma syntyi kolmannen sektorin aloitteesta ja potilasjärjestöt olivat alusta saakka aktiivisesti mukana sen toteutuksessa. Ohjelmasta vastasi Suomen Tule ry ja sitä rahoittaa Raha-automaattiyhdistys.

THL ja Suomen Tules ry on toimittanut Terve tuki- ja liikuntaelimestö: Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon⁵⁵ (2010). Opas on suunnattu erityisesti terveydenhuollon henkilökunnalle ennalta ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen sekä tule-sairauksien varhaisen toteutuksen tueksi. Oppaaseen on koottu keskeisiä tuki- ja liikuntaelimestön terveyden edistämiseksi huomioitavia asioita sekä toimivia välineitä, joilla tuki- ja liikuntaelimestön häiriöiden ja sairauksien riskit voitaisiin tunnistaa ja arvioida varhain.

Kansallinen väkivallan vähentämishjelma⁵⁶

Valtioneuvoston hyväksymä periaatepäätös kansallisesta väkivallan vähentämishjelmasta vuosille 2006–2008 sisälsi laajan joukon toimenpidesuosituksia, joilla pyrittiin vaikuttamaan sekä väkivaltaisuuden että väkivaltatapahtumien ja niiden vaikutusten vähentämiseen. Kansallisen väkivallan vähentämishjelman tavoitteena oli saada aikaan väkivaltaa kokeneiden määrän johdonmukainen lasku kaikissa väestöryhmissä ja kaikilla väkivallan osa-alueilla. Tavoitteena oli puolittaa väkivaltaiset kuolemat pysyvästi, naisten väkivaltakuolemat jo lähivuosien kuluessa, sekä vähentää erityisesti sairaalahoitoa vaativaa väkivaltaa ja sellaista väkivaltaa, joka toistuessaan tai kerrannaisvaikutuksiltaan on seurauksiltaan vakavaa.

Paikallistasolla tehtiin toimia erityisesti lähisuhte- ja perheväkivallan uhrin tunnistamiseksi ja väkivaltaan puuttumiseksi sekä parannettiin menetelmiä lähisuhteissa tai perheissä väkivallan uhriksi joutuneen auttamiseksi sekä parannettiin palveluketjun toimivuutta. Kehitys on ollut myönteistä, mutta paikkakunnittain on vielä suuria eroja palveluiden saatavuudessa. Kaksivuotisen ohjelmakauden (2007–2008) aikana useiden toimien toteutus vasta käynnistyi eikä tuloksia ole vielä nähtävissä.

⁵⁴ www.suomentule.fi > Kansallinen Tule-ohjelma

⁵⁵ Bäckmand H ja Vuori I (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimestö: Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. THL, 2010.

⁵⁶ Oikeusministeriö. 2009. Väkivallan vähentäminen Suomessa. Kansallisen väkivallan vähentämishjelman 2007–2008 toimeenpanon seurantaraportti. Lausuntoja ja selvityksiä 2009:3.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma⁵⁷

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma 2007–2012 täydentää valtioneuvoston Sisäisen turvallisuuden ohjelmaa linjaamalla tarkemmin koti- ja vapaa-ajan tapaturma-alan sisällöllisiä tavoitteita ja toimenpidesuosituksia. Ohjelmassa esitetään toimenpiteet toiminnan vahvistamiseksi, tilastoinnin kehittämiseksi ja osaamisen vahvistamiseksi. Lisäksi ohjelmassa on koko väestöä ja eri ikäryhmiä koskevia toimenpide-ehdotuksia. Tavoite-ohjelma asettaa valtakunnalliset painopisteet ja linjat alan kehittämiseksi ja käytännön työlle.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma toteuttaa Terveys 2015-ohjelman linjauksia vähentämällä eri ikäryhmiin kuuluvien tapaturmariskejä ja erityisesti nuorten aikuisten miesten vapaa-aikaan ja alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmaisten kuolemien ja vammautumisen uhkia. Toimenpiteisiin kuuluu ikääntyneiden kaatumis- ja muiden tapaturmien ehkäisy ja kaatumisriskin omaavien henkilöiden varhainen tunnistaminen ja niihin liittyvät erityistoimenpiteet. Näin tuetaan ikäihmisten turvallisuutta, terveenä kotona asumisen mahdollisuuksia ja toimintakykyistä vanhuutta.

Kansallinen allergiaohjelma⁵⁸

Ohjelman (2008–2018) päätavoitteet ovat ehkäistä allergiaoireiden kehittymistä, lisätä väestön sietokykyä allergeeneille, parantaa allergian diagnostiikkaa ja sen laatua, vähentää työperäisiä allergioita, käyttää voimavaroja vaikeiden allergioiden hoitoon ja oireiden pahenemisen estämiseen, vähentää allergisten sairauksien aiheuttamia kustannuksia. Uuden allergiaohjelman arviointia ei ole vielä tehty.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma⁵⁹

Ohjelmassa (2008–2011) määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Terveyserojen vähentäminen on ollut Suomen terveyspolitiikan tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan ja on edelleen keskeinen Terveys 2015 -ohjelman tavoite. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelu käynnistettiin pääministeri Vanhasen sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän toimeksiannosta kansanterveyden neuvottelukunnassa vuonna 2006. Toimintaohjelman tavoitteena oli sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa. Ohjelmassa pyrittiin terveyserojen vähentymistavoitteeseen kolmen päälinjan kautta: 1) vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen 2) tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä 3) parantamalla sosiaali- ja terveysten palvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

⁵⁷ STM. Turvallisesti kotona ja vapaa-aikana. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2007–2012. Sosiaali- ja terveysministeriö Julkaisuja 2006:24

⁵⁸ Hahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M, Hannuksela M. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa. Suomen Lääkärilehti 14/2008 vsk 63.

⁵⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM julkaisuja 2008:16. Yliopistopaino. Helsinki.

Ohjelmassa esitettiin 15 terveyserojen kannalta keskeistä toimenpidettä, joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla. Tavoitteet asetettiin tietoisesti sellaisiksi, joilla on pidemmän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja monet niistä ulottuvat yli hallituskauden. Tavoitteiden toteutumista seurataan toimeenpanosuunnitelman avulla. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmasta julkaistiin keväällä 2011 väliraportti⁶⁰.

Toimintaohjelman lähes kaikki toimenpiteet tukevat ja toteuttavat Terveys 2015-ohjelman toimeenpanoa. Lasten ja nuorten terveyttä edistäviä toimenpiteitä ovat toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon järjestäminen, oppilas- ja opiskelijahuollon kehittäminen, opetuksen sisältöjen kehittäminen vahvistaen terveystietoa ja liikuntaa sekä ammatillista päihdetyön osaamista ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen hallintaa. Työikäisten terveyteen vaikutetaan juurruttamalla terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria, kaventamalla ammattiryhmittäisiä terveyseroja, ehkäisemällä ammattitauteja ja kehittämällä toimialakohtaista työterveyshuoltoa. Ehkäisevällä päihdetyöllä ja ohjaavalla alkoholi-politiikalla vaikutetaan syrjäytymiseen ja läheisväkivallan ehkäisyyn sekä vähennetään tapaturmia. Tukemalla tupakoinnin vähentämistä vaikutetaan erityisesti nuorten terveyteen. Terveellisen ravitsemuksen turvaaminen, liikunnan lisääminen sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen ja kuntoutuksen kohdentaminen eri väestöryhmille tarpeen mukaan toteuttaa kansanterveystavoitteita terveyseroja vähentäen. Kuntia velvoitetaan vakiinnuttamaan työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut kokeilujen pohjalta ja maahanmuuttajien terveyspalveluja kehitetään edelleen. Terveyserojen seurantajärjestelmien kehittäminen erottelamaan terveys- ja hyvinvointitiedot sosioekonomisten väestöryhmien mukaan antaa päättäjille mahdollisuuden kohdentaa toimintaansa hyvinvointitarpeiden mukaan.

Kansallista terveyserojen kaventamisen ohjelman on käsitellyt TEAvisarin mukaan vuonna 2010 terveystieteiden tutkimuskeskuksen luottamushenkilöhallinnossa melko vaatimattomasti, 41 pistettä suhteessa maksimin 100 pisteeseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtoryhmässä käsittely saa vastaavasti 60 pistettä. Samanaikaisesti 63 prosenttia terveystieteiden tutkimuskeskuksista ilmoitti, että heillä oli johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma terveyserojen kaventamisesta. Noin kolmannes terveystieteiden tutkimuskeskuksista ilmoitti raportoineensa vuonna 2009 luottamushenkilöjohdolle väestöryhmien välisistä terveyseroista sosiaaliryhmitäin. Kuntajohdolle⁶¹ tehdyn kyselyn mukaan vuonna 2011 terveyserojen kaventamisen ilmoitettiin kirjatun tavoitteeksi 33 prosentissa vastanneista kunnista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE⁶²

Ohjelma (2008–2011) perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuudesta annettuun lakiin (733/1992), jonka mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Kaste-ohjelmassa määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Ohjelma antaa kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta ja nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet,

⁶⁰ Rotko T, Aho T, Mustonen N ja Linnanmäki E. 2010. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. THL. Raportti 8/2011.

⁶¹ Tuki H, Lehtinen N, Saaristo V ja Vuori M, 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL. Raportti 55/2011. Tampere

⁶² Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehitysohjelma KASTE 2008–2011. STM Julkaisuja 2008:6.

joihin vuosina 2008–2011 suunnataan kehittämistoiminnan resursseja. Ohjelman pää tavoitteet perustuivat hallinnonalan keskeisiin pitkän aikavälin tavoitteisiin. Tavoitteena oli että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat sekä palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähenevät.

Kaste-ohjelman tavoitteet pyrittiin saavuttamaan ennalta ehkäisten ja varhain puuttuen (neljä toimenpidekokonaisuutta), varmistamalla henkilöstön riittävyys ja vahvistamalla osaamista (kolme toimenpidekokonaisuutta) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheällä kokonaisuudella ja vaikuttavilla toimintamalleilla (seitsemän toimenpidekokonaisuutta).

Kaste-ohjelman tavoitteiden toteutumista edistettiin laajoilla valtionavustushankkeilla. Avustus kohdistui hankkeisiin, jotka pyrkivät kestäviin rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Avustusta voivat saada kunnat sekä sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymät. Vuosille 2008–2011 oli budjettikehyksissä varattu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksia yhteensä 104,2 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi Kaste-ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi tuli tehdä yhteistyötä erityisesti Raha-automaattiyhdistyksen, Euroopan Sosiaalirahaston ja Teknologian edistämiskeskuksen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja sen hallinnonalan laitosten ja Suomen Kuntaliiton sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen tuli suunnata asiantuntijapanostaan kuntien ja kuntayhtymien kehittämistyön tueksi.

Kaste-hankkeiden teema-alueita olivat ohjelmakaudella 2008–2011 lasten, nuorten ja perheiden palvelut, terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen, terveydenhuollon henkilöstön kehittäminen ja hyvinvointi, palvelurakenteiden ja prosessien kehittäminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen, vanhusten palvelujen kehittäminen, perusterveydenhuollon vahvistaminen, vammaispalvelujen kehittäminen ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen.

Useimmat mainituista teema-alueista sisälsivät hankkeita, jotka toteuttivat myös Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa käynnistettiin lapsiperheiden palveluja kehittävä kokonaisuudistus, jossa nivotaan yhteen lapsen kehitystä tukevat, ongelmia ehkäisevät ja korjaavat palvelut yli nykyisten sektorirajojen (kuten terveys-, sosiaali-, nuoriso-, sivistys- ja poliisitoimi) ja näitä tukevat erityispalvelut (lastenpsykiatria, lastensuojelu ja kasvatusta- ja perheneuvolat). Palvelut tuodaan lasten ja nuorten kehitysympäristöihin (koti, päivähoito, koulu, vapaa-ajan toiminta) jolloin laitoseskeisyyttä voidaan purkaa. Lapsen ja perheen varhainen tuki ja erityisosaamisen tuominen arkisiin kasvu ympäristöihin lujittaa yhteistyökäytäntöjä asiakaslähtöisesti ja perheitä tukien. Samalla se vähentää erikoissairaanhoidon läheteiden määrää.

Mielenterveys- ja päihdepalveluja uudistettaessa lisättiin eri ammattiryhmien osaamista puuttua ja antaa tukea varhaisvaiheen mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Apuun hakeutumisen kynnyksiä madallettiin erilaisin keinoin, esimerkiksi hyödyntämällä sosiaalista mediaa. Vanhusten palveluja kehitettiin vähentäen laitoshoidon lisäämällä koti- ja laitoshoidon välimaastoon sijoitettavia palveluja, kuten perhehoitoa. Lisäksi otettiin käyttöön ennakkoivan toiminnan ja kuntouttavan työotteen menetelmiä. Kehittämistyössä on syntynyt vahvoja verkostoja kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa.

Terveyden edistämisen rakenteita vahvistettiin kehittämällä sähköisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurannan ja arvioinnin työvälineitä päätöksenteon tueksi, hallinnonalat ylittäviä hyvinvointijohtamisen ja toimeenpanorakenteiden malleja sekä

vahvistettiin ammatillista osaamista ja tehtiin tunnetuksi terveyden edistämisen hyviä toimintakäytäntöjä.

Kaste-ohjelman arvioinnin⁶³ mukaan hankkeet ovat vastanneet hyvin yhteiskunnallisiin tarpeisiin. Erityisen hyvää hankkeissa on ollut kuntien välisen yhteistyön vahvistuminen. Eri hallinnonalojen näkökulmia tulisi saada myös vahvemmin mukaan, jotta sektori- ja ammatillisia raja-aitoja rikkovaa toimintaa voitaisiin todella kehittää. Tärkeimpiä hankkeissa näkyviä kehittämisteemoja ovat olleet 1) asiakaslähtöisyys 2) ammattikuntien välisten raja-aitojen rikkominen ja uudenlaisten rajapintojen hyödyntäminen sekä 3) palvelujen saatavuus ja käytettävyys. Hankkeiden todellinen vaikuttavuus edellyttää monia rakenteellisia ja toimintakulttuureihin liittyviä muutoksia, joita yksittäisillä hankkeilla ei välttämättä saavuteta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelman toinen ohjelmakausi 2012–2015, **Kaste II**, on käynnistymässä. Kehittämisohjelma on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta. Ohjelman tavoitteena on että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti.

Uudessa Kaste-ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveystalouttiset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Kaste-ohjelmasta tulee sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, jolla on selkeät tavoitteet ja rajattu määrä strategisesti tärkeitä osaohjelmia. Ohjelma on osin jatkumoa kaudella 2008–2011 käynnistetyille kehittämistyölle.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma,⁶⁴ Mieli 2009

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009–2015) esitetään 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostamista, palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivaksi. Suunnitelmaan sisältyy myös toteutumista tukevia ohjauskeinoja.

TEAvisarin mukaan Mieli 2009 suunnitelman käsittely sai vuonna 2010 terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa 59 pistettä ja vastaavasti terveyskeskusten johtoryhmäkäsittelyssä 71 pistettä, kun TEAvisarin maksimipistemäärä on 100. Terveyskeskuksista 84 prosentilla oli vuonna 2010 nimetty ehkäisevän mielenterveys-työn vastuhenkilö ja 65 prosentilla oli johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma masennuksen ehkäisyä varten. Terveyskeskuksista 68 prosenttia ilmoitti, että heillä on sairaanhoitopiirin kanssa sopimus yhteistyöstä masennuksen vähentämiseksi. Masennuksen yleisyydestä kerätään suunnitelmallisesti tietoa 53 prosentissa terveyskeskuksista.

⁶³ Virtanen P, Lähteenmäki-Smith K, Terävä E. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. (II väliraportti). Net Effect Oy.

⁶⁴ Partanen A ym.(toim.).2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Raportti 16/2010

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma⁶⁵

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma (2009–2011) on osa kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaa (Kaste). Ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Toimenpideohjelman tavoitteena on laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen hyvä saatavuus, asiakaskeskeisyys ja valinnanvapauden parantaminen, osaavan työvoiman saannin turvaaminen, johtamisen vahvistaminen ja johtamisosaamisen kehittäminen sekä saattaa terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy toiminnan perustaksi.

Ohjelman keskeisimmät toimenpiteet muodostavat kolme kokonaisuutta: terveyskeskusten terveyshyödyn tuottaminen, asiakaskeskeisyys sekä henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistaminen. Ohjelmassa on aloitettu pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto, jossa mallinnetaan näyttöön perustuvaa pitkäaikaissairauksien ehkäisyä ja hoitoa suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tavoitteena on terveyskeskusten toimivuuden parantaminen henkilöstön työnjakoa ja hoitoprosesseja uudistamalla sekä nivomalla erikoissairaanhoidon osaaaminen entistä paremmin perusterveydenhuoltoon. Ohjelma vastaa osaltaan Terveys 2015 -ohjelman tavoitteisiin kehittämällä terveydenhuoltoa kaikille yhtäläisiä, laadukkaita ja riittäviä palveluja turvaavalla tavalla siten että alueellinen tai sosioekonominen asema ei rajoita palvelujen käyttöä.

Muita eri ministeriöiden toteuttamia ohjelmia ja hankkeita

Terveys 2015 -ohjelman peruseriaatteena on yhteistyö ja yhdessä eri hallinnonalojen kanssa vaikuttaminen väestön terveyteen ja terveyden taustatekijöihin. Eri ministeriöiden toiminnasta väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on raportoitu eduskunnalle joka neljäs vuosi annettavassa Sosiaali- ja terveystietomuksessa. Liitteenä on vuonna 2006 annettuun Sosiaali- ja terveystietomukseen⁶⁶ koottu yhteenveto eri ministeriöiden toiminnasta. Muiden ministeriöiden toimintaa on koottu raporttiin myös vuoden 2010 Sosiaali- ja terveystietomuksesta⁶⁷. Eri hallinnonalat ja muut toimijat ovat monialaisesti mukana myös useimpien sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevien ohjelmien toteutuksessa. Raportin liitteenä (liite 2) on vuoden 2006 Sosiaali- ja terveystietomukseen koottu yhteenvetotaulukko eri ministeriöiden toiminnasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

5.4 Yhteenveto

Suomalaisessa sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa painotettiin 2000-luvulla informaatio-ohjausta, jonka keskeisiä työkaluja olivat kansalliset ohjelmat, oppaat ja suositukset. WHO:n Health for All -politiikkaan nojaava kansallinen Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjasi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen terveyspolitiikan suuntauksia. Ohjelma painottaa terveydenhuollon vastuiden lisäksi terveys kaikissa politiikoissa -periaatetta ja näkee terveyttä edistävän työn tulosten syntyvän

⁶⁵ www.stm.fi > vireilla > kehittämisohjelmat_ja_hankkeet > toimiva terveyskeskus

⁶⁶ Sosiaali- ja terveystietomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:4.Helsinki.

⁶⁷ Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja2010:1.Helsinki.

laajapohjaisesti kaikkien hallinnonalojen vastuualueille kuuluvien toimintojen tuloksesta. Terveys 2015 -ohjelma linjaa tavoitteita ja lähtee siitä, että tuloksiin päästään vain monialaisesti ja moniammatillisesti yhdessä toimien.

Kooste kansallisista ohjelmista ja muista julkaistuista informaatio-ohjauksen välineistä osoittaa että ne kattavat hyvin Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet ja toteuttavat toimintasuuntien mukaisia linjauksia. Ohjelmat ja suositukset voidaan luokitella sisällöllisesti ohjelman terveystieteellisten linjausten kannalta viiteen kokonaisuuteen:

1. Kansanterveystyötä linjaavat laatusuositukset ja periaatepäätökset

Terveystieteellisen edistämisen laatusuositukset ohjaavat koko kunnan terveystieteellisen edistämistä. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen, kouluterveydenhuollon ja ikäihmisten palvelujen laatusuositukset ohjaavat toiminnan kehittämistä ja rakenteiden luomista. Ravitsemuksen ja liikunnan kehittämistarpeita linjataan valtioneuvoston periaatepäätöksessä.

2. Poliittikaohjelmat

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman mukaiset poliittikaohjelmat antoivat valtioneuvoston vahvan tuen Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaiselle työlle ja yleisesti terveystieteellisen edistämisen. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin poliittikaohjelma kattoi keskeiset lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointitavoitteet. Työn, yrittämisen ja työelämän poliittikaohjelma antoi tukea työikäisen väestön hyvinvoinnille, erityisesti työllisyyden ja työhyvinvoinnin kehittämisen näkökulmasta. Terveystieteellisen edistämisen poliittikaohjelma tuki erityisesti hyvinvoinnin ja terveystieteellisen edistämisen rakenteiden ja palvelujärjestelmän kehittämistä sekä rakensi yhteistyöfoorumeja ja käytäntöjä eri toimijoiden kesken julkisissa palveluissa ja elinkeinoelämän ja järjestöjen kanssa.

3. Kansalliset toimintaohjelmat

Esimerkkeinä laaja-alaisista kansallisista ohjelmista ovat Kansallinen terveystieteellisen edistämisen toimintaohjelma ja Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Terveystieteellisen edistämisen toimintaohjelma kokosi laajasti kaikkien hallinnonalojen politiikat ja toimenpiteet sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveystieteellisen edistämisen kaventamiseksi. Sisäministeriön koordinoima Sisäisen turvallisuuden ohjelma kohdistuu rikosten, tapaturmien, suuronnettomuuksien ja häiriöiden määrän vähentämiseen.

4. Palvelujärjestelmää, palveluja ja hyvinvoinnin ja terveystieteellisen edistämisen toimintakäytäntöjä kehittävät ohjelmat

Palvelujen kokonaisuutta on kehitetty muun muassa Terveystieteellisen edistämisen kehittämissuunnitelmassa, Sosiaalihuollon kehittämissuunnitelmassa, Kaste-hankkeissa sekä Toimiva Terveystieteellinen keskus -hankkeissa. Näiden lisäksi on lukuisia palveluja ja toimintakäytäntöjä kehittäviä esimerkiksi terveystieteellisen edistämisen määrärahoilla rahoitettuja laitosten, kuntien ja järjestöjen hankkeita, joiden rahoituksen kriteerinä on ollut Terveys 2015 -ohjelman toteuttaminen.

5. Teemakohtaiset ohjelmat

Kansantautien ehkäisyyn haasteisiin on vastattu monilla teemakohtaisilla ohjelmilla kuten Alkoholiohjelma, Tupakkaohjelmat ja Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyohjelma sekä Sydän ohjelma, Dehko, Allergiaohjelma ja TULE -ohjelma.

Kansallisten ohjelmien tuloksia ja vaikuttavuutta on arvioitu ohjelmakohtaisesti niistä tehtyjen arviointien pohjalta. Ohjelmien vaikuttavuutta voidaan arvioida sen mukaan, miten kansanterveystieteelliset tavoitteet on saavutettu. Ohjelmat ja suositukset ovat ohjanneet toiminnan painoalueiden määrittelyä sekä sisällöllistä ja menetelmällistä kehittä-

tämistyötä kunnissa ja alueellisissa organisaatioissa. Ohjelmien runsaslukisuus ja epäselvyys niiden hierarkkisuudesta on ollut hämmentävääkin siellä missä samoihin tavoitteisiin eri lähtökohdista pyrkiviä ohjelmia on toteutettu. Kaste-ohjelman tarkoituksena on ollut koota ja selkiyttää aiempaa selvemmin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ohjelma-arkkitehtuuria. Terveys 2015 -ohjelmalla on edelleen oma tehtävänsä poikkihallinnollisena sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävänä kansanterveyden ohjelmana.

6. TERVEYS 2015 -KANSANTERVEYS-OHJELMAN RAHOITUS

Valtioneuvoston periaatepäätökseen on kirjattu, että kansanterveysohjelman tavoitteiden toimeenpano edellyttää valtion talousarvioon varattavaksi vuosittain 2,5 miljoonan markan (420 000 euroa) erillisen määrärahan. Se tarvitaan tiedotus- ja koulutustilaisuuksien järjestämiseen, projektityöntekijöiden palkkaamiseen, erillisten hankkeiden tukemiseen ohjelman toimeenpanossa, seurannassa ja arvioinnissa sekä eri ministeriöiden tukemiseen niiden pyrkiessä kehittämään terveysnäkökohtien huomioon ottamista omassa toiminnassaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön talousarviossa on ohjelman toimeenpanoon osoitettu vuosittain 135 000–400 000 euron suuruinen määräraha. Määrärahalla on toteutettu Stakesissa/THL:ssä Terveys 2015 -ohjelman mukaisia kuntatyöhön kohdistuvia kehittämishankkeita (Terveys 2015 -kuntahanke, Terveiden edistämisen vertaisarvioinnin kehittämishanke/TedBM, Terve Kunta -verkosto), järjestetty kansallisia terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen seminaareja sekä rahoitettu julkaisutoimintaa ja Suomen terveystalouden kansainvälistä arviointia.

Valtio tukee terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeita lakiin perustuvalla **terveyden edistämisen määrärahalla**. Määrärahan myöntämisen yhtenä perusteluna on Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano. Määrärahan käytöstä päätetään sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamalla vuosittaisella käyttösuunnitelmalla. Määräraha on vaihdellut 7,145 miljoonasta 9,6 miljoonaan euroon ja se on jakaantunut kuntien ja kuntayhtymien, järjestöjen sekä tutkimus- ja kehittäislaitosten kesken liitteen 1 mukaisesti. Vuonna 2011 määräraha oli 5,2 miljoonaa euroa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen omien terveyden edistämisen hankkeiden rahoitus 2 miljoonaa euroa siirrettiin vuonna 2010 laitoksen omaan talousarvioon eikä niitä enää rahoitettu terveyden edistämisen määrärahasta.

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste) rahoituksesta (2008–2011 yhteensä 104,873 milj.euroa) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakennehankkeet ovat saaneet rahoitusta kolmeen laajaan hankkeeseen yhteensä 7,53 miljoonaa euroa. Terveys 2015 -ohjelman mukaisia tavoitteita toteutetaan myös useissa muissa Kaste-hankkeissa, muun muassa Lasten, nuorten ja perheiden palvelut -, Mielenterveys- ja päihdepalvelut-, Vanhusten palvelut -hankkeissa sekä Osallisuuden ja syrjäytymisen ehkäisyhankkeissa.

Muita rahoituslähteitä ovat olleet **Raha-automaattiyhdistyksen** jakamat terveyden edistämisen hankerahat järjestöille (3,2 milj. euroa vuonna 2010) sekä **Suomen Akatemian** jakamat tutkimusrahat (ks. luku 8.5). **Teknologian tutkimuskeskus (TEKES)** on rahoittanut sosiaali- ja terveyssektorin tutkimus- ja kehittämishankkeita muun muassa iWell (Hyvinvointi- ja terveysteknologia) ohjelmasta sekä FinnWell (Terveidenhuollon teknologia) ohjelmasta 2000-luvulla. Mikä osa hankerahoituksesta on kohdentunut Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden toteuttamiseen, on vaikea arvioida.

Muiden ohjelmien kautta tullutta rahoitusta Terveys 2015 -ohjelman mukaisten tavoitteiden toteuttamiseen on vaikea arvioida eritellysti. Myöskään sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten, kuntien ja kuntayhtymien ja aluehallintovirastojen kohdentamaa omaa rahoitusosuutta ohjelman toimeenpanoon ei ole mahdollista arvioida.

7 HAASTEET ELÄMÄN KULUN ERI VAIHEISSA

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa terveyttä tarkastellaan prosessina elämän kulun eri vaiheissa. Terveysteen vaikutetaan lapsuudessa, nuoruudessa, työikäisinä ja vanhuudessa. Ohjelmassa pyritään kiinnittämään huomiota erityisesti elämänsulun siirtymävaiheisiin ja niihin kriittisiin ajanjaksoihin, jolloin tukea erityisesti tarvitaan.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma korostaa terveyttä edistävää työssä monitoimijaisuutta ja yhteistyötä. Terveysteen vaikutetaan politiikkapäätöksillä, palvelujärjestelmän tarjoamilla palveluilla, elin- ja työympäristöllä, valinnan mahdollisuuksilla ja ihmisten omilla valinnoilla ja elintavoilla. Lasten ja nuorten kohdalla valmiudet valintojen tekemiseen ovat rajoitetummat ja edellyttävät aikuisten tukea ja ohjausta. Ohjelman tavoitteena on tarjota tietoa, neuvontaa ja koulutusta sekä keinoja tukea lapsia, nuoria, työikäisiä ja ikäihmisiä arkielämän valinnoissa ja ratkaisuisissa. Ohjelma etsii keinoja, miten tarjota tukea myös silloin kun ihmisillä itsellään ei ole mahdollisuutta terveellisiin valintoihin ja ratkaisuihin.

Raportin luvussa neljä kuvataan toiminnan tuloksellisuutta osoittavia muutoksia Terveys 2015 -seurantaindikaattoreilla mitattuna. Tässä luvussa kuvataan Valtioneuvoston linjausten mukaisten toimintasuunnitelmien toteutumista – mitä kaikkea toimintasuunnitelmien toteutumiseksi on 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä tehty.

7.1 LASTEN JA NUORTEN TERVEYS

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

1. *Valtion, kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän yhteistyötä kehitetään perheiden tukemiseksi sekä lapsiperheiden ja työelämän tarpeiden paremmaksi yhteensovittämiseksi.*
2. *Lasten päivähoidon, esiopetuksen ja peruskoulun lasten terveyttä edistävää roolia kehitetään yhteistyössä vanhempien kanssa.*
3. *Syrjäytymisuhassa olevia lapsia ja lapsiperheitä autetaan taloudellisen tuen ja psykososiaalisten palvelujen avulla osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Parannetaan terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä sosiaaliturvajärjestelmän edellytyksiä edistää lasten terveyttä ja erityisesti parantaa huono-osaisimpien ja riskiryhmiin kuuluvien lasten kasvuolosuhteita ja mahdollisuutta koulutukseen.*
4. *Lasten psykososiaalisen hyvinvoinnin indikaattoreita kehitetään ja niihin pohjautuva seuranta järjestelmä rakennetaan. Lasten tarvitsema mielenterveyshoito turvataan.*
5. *Koulujen sekä muiden oppilaitosten, sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien liikunta- ja nuorisotoimen, järjestöjen ja tiedotusvälineiden yhteistoimintaa lisätään koulutuksellisen syrjäytymisen ja huonon terveyden vähentämiseksi muun muassa tukitoimia kehittämällä, elämäntilanteen ja terveystietoutta lisäämällä ja liikuntatottumuksiin vaikuttamalla.*
6. *Keitetään yhteistyötä kunnissa eri viranomaisien, järjestöjen, koulujen, elinkeinoelämän, vanhempien ja nuorten itsensä kanssa alkoholin käytön ja huumeko-*

keilujen vähentämiseksi sekä alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveysongelmien asiantuntevaksi käsittelemiseksi kaikkialla maassa.

7.1.1 Lainsäädäntö

Lastensuojelulaki (417/2007) velvoittaa kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen ja kunnan muut viranomaiset yhteistyössä seuraamaan ja edistämään lasten ja nuorten hyvinvointia sekä poistamaan kasvuolojen epäkohtia ja ehkäisemään niiden syntymistä. Laki painottaa erityisesti ehkäisevää lastensuojelua, jolla tarkoitetaan palvelujen kehittämistä vanhempien tukemiseksi, koulupsykologi- ja -kuraattori-palveluiden järjestämistä sekä erilaisia muita lasten ja lapsiperheiden varhaisen tuen käytäntöjä yhdessä muun muassa varhaiskasvatuksen, opetustoimen ja perusterveydenhuollon ehkäisevien palvelujen kanssa. Lain mukaan ehkäisevää lastensuojelutyötä tulee tehdä silloin kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana.

Lastensuojelulain mukaan kunnan tai useamman kunnan yhdessä tulee laatia valtuustokausittain kunnanvaltuuston hyväksymä suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelma ohjaa kunnan tai useamman kunnan lasten ja nuorten hyvinvointityön toteuttamista ja eri toimijoiden yhteistyötä. Suomen Kuntaliiton johdolla tehdyn selvityksen⁶⁸ mukaan vuonna 2010 lähes 90 prosenttia (175 kuntaa) vastaajista ilmoitti, että lakisääteinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on tehty tai tekeillä ja laadintaa ohjaa monialainen yhteistyöryhmä, johon kuuluu eri ammattialojen edustajia, yhteistyötahoja ja kunnan päätöksentekijöitä.

Koulun psykologi- ja sosiaalityön toimintaa arvioitaessa opetustoimelle tehdyn kyselyn mukaan vuonna 2008–2009 koulupsykologien määrä suhteessa oppilasmäärään sai TEAvisarissa 56 pistettä 100 pisteestä. Vastaava sosiaalityön määrä sai 62 pistettä. Tilanne vaihteli kuntien välillä merkittävästi. Vuonna 2009 perusterveydenhuollolle tehdyn kyselyn mukaan 69 prosenttia terveyskeskuksista oli johdon hyväksymä toimenpanosuunnitelma lasten huomioon ottamisesta perheissä, joissa on päihde- tai mielenterveysongelma.

Yhteistyön velvoite on kirjattu jo 1972 **kansanterveyslakiin** (66/1972 muutos 928/2005). **Terveydenhuoltolain** (1326/2010) mukaan yhteistyötä on tehtävä neuvola- sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltopalveluja järjestettäessä ja yhteistyötä tulee tehdä asiakkaan tarpeista lähtien. Terveydenhuoltolain sisältyy myös aiempaa selvemmin vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen sekä lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön ja perheen elintapojen terveellisyyden edistämisen (15 §). Laki velvoittaa lapsen, nuoren ja perheen erityisen tuen tarpeiden varhaiseen tunnistamiseen ja tuen järjestämiseen viiveettä. Tämän säännöksen tarkoituksena on ehkäistä syrjäytymistä ja kaventaa terveyseroja.

Terveydenhuoltolaki tukee lasten hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden ja seurantajärjestelmän kehittämistä. Lain 12 § velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä seuraamaan asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Kuntien ja kuntayhtymien tulee seurata myös toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Väestöryhmittäinen seuranta paljastaa syrjäytymisvaarassa olevat ja ohjaa hyvinvointipolitiikassa kohdentamaan toimenpiteitä heikompiosaisten hyvinvoinnin ja terveyden vahvistamiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen.

⁶⁸ www.kunnat.net

Terveystieteidenhuoltolaki yhdenmukaistaa lasten- ja nuorisopsykiatrien palvelujen ikäraajat ja määrittää hoitoon pääsyn lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa (53 §). Lisäksi laki velvoittaa kiinnittämään huomiota lapseen silloin kun häntä hoitava aikuinen saa mielenterveys- tai päihdepalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hän ei kykene riittävästi huolehtimaan lapsen hoidosta ja kasvatuksesta (70§).

Terveystieteidenhuoltolaki velvoittaa seuraamaan koulu- ja opiskeluympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta sekä koulu- ja opiskeluyhteisön hyvinvointia. Asetuksen mukaan tarkastus on tehtävä yhteistyössä oppilaitoksen ja sen oppilaiden tai opiskelijoiden, koulu- tai opiskeluterveydenhuollon, terveystarkastajan, henkilöstön työterveyshuollon, työsuojeluhenkilöstön ja tarvittaessa muiden asiantuntijoiden kesken. Valviran kyselyn mukaan kolme neljäsosaa terveyskeskuksista seuraa peruskoulun ympäristön ja yhteisön terveellisyttä vähintään joka kolmas vuosi ja kaksi kolmasosaa puutteiden korjaamista.

Terveystieteidenhuoltolakiä täydentävä **asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta** (myöhemmin neuvola-asetus) (338/2011, aik. 380/2009) täsmentää yhteistyövelvoitteita. Eri toimintasektorit kattava yhtenäinen toimintaohjelma on laadittava yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Asetukseen sisältyy säännös äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa järjestettävistä laajoista terveystarkastuksista, joissa arvioidaan koko perheen hyvinvointia ja elämäntilannetta ja pyydetään huoltajan suostumuksella päivähoidon ja esiopetuksen henkilökunnan arvio alle kouluikäisen lapsen selviytymisestä ja hyvinvoinnista päivähoidossa sekä opettajan arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa. Laajojen terveystarkastusten keskeisenä tarkoituksena on lapsen monipuolisen tarkastuksen lisäksi kiinnittää huomiota vanhempien hyvinvointiin ja mahdollisiin tuen tarpeisiin. Määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeet on pyrittävä selvittämään ja erityistä tukea tarvitseville on järjestettävä lisäkäyntejä. Asetus rohkaisee positiiviseen diskriminaatioon eli antamaan tukea sitä eniten tarvitseville. Valviran keväällä 2011 tekemän kyselyn mukaan laajat terveystarkastukset lastenneuvolassa tehtiin 89–90 prosentissa terveyskeskuksista ja kouluterveydenhuollossa 85–97 prosentissa.

Neuvola-asetus velvoittaa kuntia edistämään lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyttä, tunnistamaan siihen liittyvät ongelmat ja antamaan tarvittavaa tukea tai ohjaamaan jatkohoitoon. Huomiota on kiinnitettävä myös kiusaamiseen, väkivallan ehkäisyyn, sosiaaliseen tukiverkostoon ja muihin mielenterveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Asetuksen tueksi on julkaistu perustelut ja soveltamisohjeet⁶⁹, joka on jaettu jokaiseen terveyskeskukseen ja oppilaitoksiin.

Päivähoitoasetukseen (442/2008) on lisätty säännös, jonka mukaan erityisen hoidon tai kasvatuksen tarpeessa olevasta lapsesta on päiväkotiin otettaessa hankittava alan erikoislääkärin tai muun asiantuntijan lausunto.

Perusopetuslakia (628/1998), **lukiolakiä** (629/1989) ja **lakia ammatillisesta koulutuksesta** (630/1998) muutettiin vuonna 2003 täydentämällä oppilas- ja opiskelijahuoltoa koskevia säännöksiä. Muutokset määrittivät oppilas- ja opiskelijahuollon lainsäädännön tasolla ensimmäisen kerran. Oppilas- ja opiskelijahuollolla tarkoitetaan oppilaan ja opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä, ylläpitämistä ja niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Perusopetuksessa oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hy-

⁶⁹ STM. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.

väksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, joita ovat terveydenhuoltolain tarkoittama kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulain määrittämä koulunkäynnin tukeminen.

Perusopetuslakiin tehdyn muutoksen (477/2003) mukaan opetus järjestetään oppilaiden ikäkauden ja edellytysten mukaisesti ja siten, että se edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä. Vuonna 2010 perusopetuslakiin (642/2010) lisättiin tuen järjestämistä koskevia säännöksiä, joiden tarkoituksena on jouduttaa varhaista tukea.

Opetushallituksen vuonna 2010 uusimissa perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (DNRO 50/011/2010) korostetaan koulun ja vanhempien yhteistyötä. Opetus- ja terveystoimen yhteistyön vahvistamiseksi opetussuunnitelman perusteisiin on liitetty tietoa muun muassa uuden asetuksen (338/2011, aik. 380/2009) tavoitteista ja velvoitteista. Perusopetuslakiin on tehty muutos koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnasta, joka on tarkoitettu 1. ja 2. vuosiluokan oppilaille sekä kaikkien vuosiluokkien erityisoppilaille.

Terveystiedon opetus tuli lakisääteiseksi vuonna 2001, jolloin valtioneuvoston **asetukset peruskoulun** (1435/2001), **lukion** (615/2001) ja **ammattillisten oppilaitosten** (616/2001) **tavoitteista ja tuntijaosta** hyväksyttiin. Opetus käynnistyi opetussuunnitelmaperusteiden (lukiot 2003, peruskoulu 2004) käyttöönoton jälkeen peruskouluissa viimeistään elokuussa 2006, lukioissa elokuussa 2005 ja ammatillisessa koulutuksessa elokuussa 2001. Terveystiedon opetus sisältää myös elämänhallinnan vahvistamiseen kohdistuvia sisältöjä. Opetushallituksen vuonna 2007 yläkouluissa ja lukioissa tekemän selvityksen mukaan opetus on saanut hyvän vastaanoton oppilaiden keskuudessa. Valtaosa opettajista suhtautui terveystiedon opetukseen myönteisesti.

Nuorisolain (72/2006) tarkoituksena on tukea nuorten kasvua ja itsenäistymistä, edistää nuorten aktiivista kansalaisuutta ja nuorten sosiaalista vahvistamista sekä parantaa nuorten kasvua ja elinoloja. Toteutuksen lähtökohtana on yhteisöllisyys, yhteisvastuu, yhdenvertaisuus ja tasa-arvo, monikulttuurisuus ja kansainvälisyys, terveet elämäntavat sekä ympäristön ja elämän kunnioittaminen.

Nuorisolakia muutettiin (293/2010) siten, että siihen sisällytettiin säännökset paikallisten viranomaisten monialaisesta yhteistyöverkostosta sekä etsivästä nuorisotyöstä ja siihen liittyvästä tietojen luovuttamisesta. Tavoitteena on parantaa nuorten mahdollisuuksia saada tarvitsemansa julkiset palvelut. Samalla tehostettiin nuorille tarjottavaa varhaista tukea muun muassa koulutukseen ja työelämään pääsyn edistämiseksi. Lakimuutoksella haluttiin auttaa ennen kaikkea niitä nuoria, joilla esimerkiksi toisen asteen opinnot ovat jääneet kesken. Kunnassa tulisi olla nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, jonka tehtävänä on koota tietoja nuorten kasvu- ja elinoloista, nuorten palvelujen saavutettavuudesta ja riittävydestä. Verkoston tulisi tehostaa nuorten palveluihin ohjautumista ja palvelusta toiseen siirtymistä sekä palvelujen järjestämiseen liittyvän tiedonvaihdon sujuvuutta. Monialaiseen verkostoon tulisi kuulua opetus-, sosiaali-, terveys- ja nuorisotoimi sekä työ- ja poliisihallinto.

Etsivän nuorisotyön tarkoituksena on tavoittaa tuen tarpeessa olevat nuoret ja auttaa heitä sellaisen tuen piiriin, joka edistää heidän kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyä koulutukseen ja työmarkkinoille. Kun kunta järjestää etsivää nuorisotyötä, kunnassa tulee olla etsivän nuorisotyön toimeenpanosta vastaava viranhaltija tai työ-sopimussuhteinen henkilö. Lakiin sisältyy säännös nuoren yksilöinti- ja yhteystietojen luovuttamisesta etsivää nuorisotyötä varten nuoren tavoittamiseksi.

Valmisteilla olevan opiskeluhoitolain yhtenä tarkoituksena on edistää oppilaiden ja opiskelijoiden terveyttä, vahvistaa psykososiaalisia palveluja toisella asteella sekä edistää koulu- ja opiskeluyhteisön terveellisuutta ja turvallisuutta. Laki kokoaisi yhteen oppilas- ja opiskelijahuoltoa koskevat hajallaan olevat säännökset ja vahvistaisi ehkäisevää työtä.

Sosiaalihuoltolain uudistamista ohjaavat linjaukset painottavat lain valmistelussa hyvinvoinnin edistämistä, ennaltaehkäisevää työtä sekä varhaista tukea ja puuttumista⁷⁰. Lain uudistamisella luodaan edellytyksiä myös kunnan, yksityisen yritystoiminnan ja kolmannen sektorin kumppanuuden kehittämiseen. Kilpailukulttuurista tulee siirtyä aitoon yhteistyöhön.

7.1.2 Kansalliset rakenteet ja muu toiminta

Vuonna 2005 perustettiin lakisääteinen (1221/2005) **lapsiasiavaltuutetun virka**. Lapsiasiavaltuutetulle on laissa määritelty seuraavat tehtävät.

1. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja oikeuksien toteutumisen seuranta
2. Päätöksentekijöihin vaikuttaminen lapsinäkökulmasta
3. Yhteydenpito lapsiin ja nuoriin ja heiltä saadun tiedon välittäminen päätöksentekijöille
4. Lapsia koskevan tiedon välittäminen lasten parissa työskenteleville, viranomaisille ja muulle väestölle
5. Yhteistyön kehittäminen lapsipolitiikan toimijoiden välille
6. YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen edistäminen

Lapsiasiavaltuutetun tehtävänä on edistää lapsen edun ja oikeuksien toteutumista yleisellä yhteiskunnallisella tasolla yhdessä muiden alan toimijoiden kanssa. Yhteistyökumppaneita ovat muut viranomaiset, kunnat, kirkot, järjestöt, tutkijat sekä muut lapsipolitiikan toimijat ja alan asiantuntijat.

Lapsiasiavaltuutettu raportoi vuosittain valtioneuvostolle lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja oikeuksien toteutumisesta, lapsen oikeuksien toteutumisesta, lasten hyvinvoinnin kehityksestä ja lainsäädännössä havaituista puutteista. Vaikuttamistyössään lapsiasiavaltuutettu arvioi valtionhallinnossa vireillä olevia hankkeita lapsen oikeuksien sopimuksen näkökulmasta. Hänen tärkeä tehtävänsä on välittää lasten mielipiteitä päättäjille. Lapsiasiavaltuutettu toimii yhteistyössä muiden viranomaisten, kuntien, kirkon, järjestöjen sekä alan asiantuntijoiden kanssa. Lapsiasiavaltuutetun työn tukena toimii Lapsiasiain neuvottelukunta.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimii kaksi lasten ja nuorten neuvottelukuntaa: **Varhaiskasvatuksen neuvottelukunta** ja **Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta**.

Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan tehtävänä on tukea ja edistää varhaiskasvatuksen laaja-alaista kehittämistä. Se edistää ja vahvistaa yhteistyötä hallinnonalojen, järjestöjen, tutkimus- ja koulutuslaitosten, kuntien ja muiden tahojen kesken, seuraa ja arvioi varhaiskasvatuksen kansallista ja kansainvälistä kehitystä, tekee ehdotuksia varhaiskasvatuksen pitkäjänteiseksi kehittämiseksi ja vahvistaa varhaiskasvatuksen asemaa yhteiskunnassa. Neuvottelukunnalla on kolmas toimikausi meneillään (2005–2007, 2008–2010, 2011–2013).

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta (2007–2010) kehitti ensimmäisellä toimikaudellaan laaja-alaista yhteistyötä alle kouluikäisten, kouluikäisten ja opiskeluikäisten lasten hyvinvoinnin edistämiseksi, muun muassa erityisen tuen tarpeiden tunnistamiseksi ja tuen oikea-aikaiseksi järjestämiseksi. Toisella toimikau-

⁷⁰ Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. STM. Selvityksiä 19/2010

della (2010–2013) neuvottelukunta edistää yhteistyötä ja koordinaatiota lapsia, nuoria ja perheitä koskevan säädösvalmistelun osalta ja tuki uusien säädösten toimeenpanoa, seurantaa ja valvontaa.

Opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalla toimii nuorisolain (72/2006) mukainen Nuorisoasiain neuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on arvioida nuorisopolitiikan kehittämisohjelman toteutumista, tehdä esityksiä nuoria koskeviksi ohjelmiksi ja toimenpiteiksi sekä tuottaa tietoa nuorista ja heidän elinoloistaan.

Opetus- ja kulttuuriministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat asettaneet yhteisen, **Terveyttä edistävän liikunnan ohjausryhmän** vuosille 2011–2015. Ohjausryhmä korvaa kaksi erillistä em. ministeriöiden asettamaa neuvottelukuntaa, jotka kumpikin käsittelivät terveyteen ja liikuntaan liittyviä asioita. Ohjausryhmän tehtävänä on muun muassa analysoida väestön fyysistä aktiivisuutta, tunnistaa keskeiset kehittämisen alueet ja laatia uudet linjaukset terveyttä edistävän liikunnan edistämiseksi.

7.1.3 Oppaat ja suositukset

Valtioneuvoston periaatepäätökseen varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista⁷¹ (2002) on koottu suomalaisen varhaiskasvatuksen keskeiset periaatteet sekä kehittämisen painopisteet. Linjauksissa esitetään toimenpiteitä muun muassa lainsäädännön uudistamiseksi, varhaiskasvatuksen valtakunnallisen ohjauksen kehittämiseksi, henkilöstön ammattitaidon ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi sekä varhaiskasvatuksen seurannan ja arvioinnin kehittämiseksi. Ensisijainen oikeus ja vastuu lasten kasvatuksesta on vanhemmilla. Yhteiskunnan tehtävänä on tukea vanhempia heidän kasvatustehtävässään. Hoidon, kasvatuksen ja opetuksen tulee muodostaa saumaton kokonaisuus.

Kouluterveydenhuollon oppaan⁷² (2002) tehtävänä on tukea kouluyhteisöä ja erityisesti kouluterveydenhuollossa työskenteleviä kouluterveydenhoitajia ja koululääkäreitä. Opas on tarkoitettu kouluterveydenhuollon työntekijöille, kouluille ja kunnille. Oppaassa kuvataan peruskoulun kouluterveydenhuollon tavoitteita, sisältöä ja järjestämistä. Siinä luodaan kokonaiskuva koko kouluyhteisön hyvinvoinnista ja sen kehittämistarpeista, terveyden edistämisestä ja tautien ehkäisystä kouluterveydenhuollossa sekä oppilaan hyvinvoinnin ja terveyden seuraamisesta. Opas sisältää suositukset laaja-alaisen terveystarkastuksen järjestämisestä ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla sekä vuosittaisten terveystapaamisten järjestämisestä.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus⁷³ perustuu vuonna 2002 valmistuneeseen Kouluterveydenhuollon oppaaseen (Stakes 2002), josta laatusuositukseen on valittu keskeisimmät tavoitteet. Suositus sisältää kahdeksan tavoitetta, jotka kohdistuvat palvelujen saatavuuteen, oppilashuoltoon, tiedottamiseen, henkilöstöön mukaan lukien henkilöstömitoitus, toimitiloihin ja välineisiin, terveelliseen ja turvalliseen kouluyhteisöön ja kouluympäristöön, koululaisen hyvinvoinnin seurantaan sekä terveystiedon vahvistamiseen ja terveyden edistämiseen. Tavoitteita tarkastellaan koululaisen ja hänen perheensä, kouluyhteisön, henkilöstön ja hallinnon näkökulmista. Suositus on suunnattu pääasiassa päättäjille, kouluyhteisölle ja ammattihenkilöille. Suosituksen

⁷¹ STM. Valtioneuvoston periaatepäätös valtakunnallisista varhaiskasvatuksen linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:9. Helsinki.

⁷² Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollossa, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Oppaita 51. Helsinki 2002.

⁷³ STM. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki 2004.

tarkoituksena on varmistaa korkeatasoisen kouluterveydenhuollon toimintaedellytykset ja yhdenvertaisten palvelujen toteutuminen.

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukainen henkilöstömitoitus vaihteli Valviran vuonna 2011 tekemän kyselyn mukaan eri kunnissa. Terveystenhoitajamitoitus oli parantunut aiemmista selvityksistä. Se toteutui 83 prosentissa terveyskeskuksissa. Lääkärimitoitus toteutui vain 36 prosentissa.

Lastenneuvolaopas⁷⁴ (2004) sisältää linjaukset neuvolatoiminnan sisällön ja menetelmien kehittämistä sekä neuvolatoiminnan organisoinnista ja johtamisesta. Oppaassa esitetään keinoja perheiden ja vanhemmuuden tukemiseen ja lasten hyvinvoinnin edistämiseen. Huomiota kiinnitetään parisuhteen vaalimiseen. Määräaikaissuorannat ja seulonnat sekä niihin liittyvä perheiden neuvonta ja tukeminen muodostavat neuvolatoiminnan tukirangan. Erityisen tuen tarpeessa oleville perheille suositellaan lisäkäyntejä, joko vastaanotolle tai kotikäynteinä. Erityisen tuen tarpeeseen suositellaan perhetyön osaamisen vahvistamista. Lasten ja perheen tukeminen sekä ongelmien ehkäisy ja hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä, joka suositellaan organisoitavaksi perhepalveluverkostona tai perhepalvelukeskuksessa. Oppaassa annetaan suositukset terveydenhoitajien ja neuvolalääkäreiden henkilöstömitoituksesta.

Henkilömitoitus lastenneuvolassa toteutui Valviran kyselyn mukaan vuonna 2011 terveydenhoitajien osalta 72 prosentissa ja lääkäreiden osalta 48 prosentissa terveyskeskuksia. Erot terveyskeskusten välillä olivat suuria.

Varhaiskasvatuksen liikunnan suosituksissa⁷⁵ (2005) kuvataan, kuinka lasten kokonaisvaltaista kasvua, kehitystä, oppimista ja hyvinvointia tuetaan liikunnan ja leikin avulla. Suositukset antavat ohjeita liikkumisen kokonaismäärästä, laadusta, ympäristöstä sekä sopivasta välineistöstä. Suosituksissa ohjeistetaan liikuntakasvatukseen suunnittelua ja toteutusta. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset painottuvat päivähoitoon mutta ne on tarkoitettu ohjaamaan kaikkea alle kouluikäisten lasten eri elämäntilanteissa tapahtuvaa kasvatuksellista vuorovaikutusta. Lasten liikuntaaktiivisuuden seuranta on kunnissa vielä melko vähäistä. TEAvisarin mukaan 38 prosenttia kunnista ilmoitti vuonna 2010 seuraavansa säännöllisesti lasten ja nuorten liikuntaaktiivisuutta.

Opiskeluterveydenhuolto sisältää sairauden hoidon, terveyden edistämisen ja ympäristön terveellisuudesta ja turvallisuudesta huolehtimisen. **Opiskeluterveydenhuollon opas**⁷⁶ kattaa kaikki peruskoulun jälkeiset koulutusmuodot. Oppaan keskeinen osa käsittelee opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistämistä yksilö- ja yhteisötasolla. Oppaassa kuvataan työmenetelmiä ja hyviä käytäntöjä sekä malleja kyselyjen ja seulojen tekemiseen ja ryhmien pitämiseen. Opiskeluterveydenhuollon toimijoiden yhteistyö ja yhteisöllinen työskentely on välttämätöntä opiskelijoiden terveyden edistämiseksi. Opas (2006) sisältää suositukset terveydenhoitaja- ja lääkärimitoituksesta opiskeluterveydenhuollossa. Valviran vuoden 2011 kyselyn mukaan terveydenhoitajamitoitus toteutui melko hyvin toisella asteella, mutta huonommin ammattikorkeakouluissa. Lääkärimitoitus toteutui huonosti. Opetushallitus ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisevat Oppilas- ja opiskelijahuolto-oppaan kevään 2012 aikana.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista⁷⁷ (2008) tavoitteena on lisätä terveytensä kannalta riittävästi liik-

⁷⁴ STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki 2004.

⁷⁵ STM. 2005. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Oppaita 2005:17. Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Yliopistopaino Helsinki.

⁷⁶ STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:12.

⁷⁷ STM. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2008:10. Yliopistopaino Helsinki.

kuvien määrää ja kasvattaa kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä samalla vähentäen tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin saantia ja näin vähentää ylipainoa ja muita terveyshaittoja. Periaatepäätöksessä on linjattu tavoitteet ja kehittämissuunnat eri ikä- ja väestöryhmille (lapset ja nuoret, opiskelu- ja työikäiset sekä ikääntyneet) paikallistasoon päätöksentekoon, arkiympäristön kehittämiseen, ammattiryhmien kouluttamiseen sekä seurantaan ja tutkimukseen.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta täydensi vuonna 2008 kansallisia ravitsemussuosituksia uusilla **kouluruokailusuosituksilla**. Niiden tarkoituksena on antaa suuntaviivat kouluikäisen ruokailun järjestämisestä kuntapäätäjille, koulujen ruokahuolosta vastaaville ja kouluille. Suosituksissa painotetaan kodin ja koulun eri henkilöstöryhmien välistä yhteistyötä, jotta kouluruokailun merkitys oppilaan hyvinvoinnille ymmärrettäisiin ja sitä tuettaisiin kaikilla tahoilla.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema **Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus**⁷⁸ on tarkoitettu ammattilaisten tueksi lapsiperheiden ravitsemusneuvontaan. Lisäksi se käsittelee lasten ruokailua päivähoidossa, etnisten ryhmien ruokailua ja erityisruokavaliota.

Fyysinen aktiivisuus, suositus kouluikäisille 7–18-vuotialle (OPM, Nuori Suomi 2008) on tarkoitettu kaikille päätäjille ja kasvattajille. Suosituksissa määritellään lasten ja nuorten terveyden kannalta riittävän fyysisen aktiivisuuden määrä ja laatu.

7.1.4 Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Valtioneuvoston asettamat **sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmat** (TATO 2000–2003 ja TATO 2004–2007; STM 2003:12 ja STM 2003:20) sisältävät suosituksia lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi toteutettuna moniammatillisesti yhteistyössä. Esimerkkejä ovat muun muassa perhepalveluverkostojen ja perhekeskusten kehittäminen vanhemmuuden tukemiseksi sekä koululaisten aamu- ja iltapäivähoidon järjestäminen päivähoiton, koulun, vanhempien ja kolmannen sektorin kanssa.

Pääministeri Matti Vanhasen I hallituksen hallitusohjelmaan (2003–2007) sisältyi tavoite hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta lisäävästä kasvu ympäristöstä. Vanhempien kasvatusvastuun ja tukiverkkojen vahvistamiseksi pidettiin eri yhteiskuntatoimijoiden välistä yhteistyön vahvistamista tärkeänä. Hallitusohjelman mukaan valtion ja kuntien tuli turvata yhdessä lasten ja nuorten kasvuedellytyksiä kehittämällä neuvolajärjestelmää, lasten päivähoitoa ja koulua, kouluterveydenhuoltoa sekä muita tukipalveluja sekä edistää moniammatillisia, varhaiseen puuttumiseen perustuvia toimintatapoja. Myös työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista luvattiin helpottaa. Hallitusohjelmaan sisältyi oikeus laajentaa osittaista hoitovapaata kolmikantaisesti sovitulla tavalla ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhempiin, jotta he voivat lyhentää työaikaansa lapsen hoidon vuoksi.

Vanhasen II:n hallituksen hallitusohjelmaan (2008–2011) sisältyi edelleen työn ja perheen yhteensovittaminen ja siihen liittyen vanhempain vapaajärjestelmän uudistaminen, isien kannustaminen perhevapaalle sekä monipuolisten työaikajärjestelyjen ja työpankkijärjestelmien kehittäminen. Vaalikauden aikana pidennettiin isyysvapaata. Vanhempainvapaajärjestelmän laajempaa uudistamista selvitettiin mutta siinä ei

⁷⁸ STM. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Julkaisuja 2004:11.

päästy ratkaisuihin. Työpankkikokeilua on toteutettu SATA-komitean linjausten pohjalta tavoitteena työllistää osatyökykyisiä.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma⁷⁹ (2008–2011) jakaantui kolmeen osa-alueeseen: 1) lapsilähtöinen yhteiskunta 2) hyvinvoiva lapsiperhe ja 3) syrjäytymisen ehkäiseminen. Ohjelman tuloksena syntyneet toimintakäytännöt edellyttivät monelta osin valtion, kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän yhteistyötä. Keskeisiä asioita ohjelman toteutuksessa olivat muun muassa nuorten syrjäytymisen ennaltaehkäisy kehittämällä työpajatoimintaa ja sen saavutettavuutta, perheiden matalan kynnyksen palvelujen lisääminen kehittämällä perhekeskuspalvelumalleja ja levittämällä hyviä käytäntöjä yhdessä Kaste-hankkeiden kanssa sekä lasten ja nuorten taideharrastuneisuuden vahvistaminen. Etsivään nuorisotyöhön myönnettyillä valtionavustuksilla saatiin yli 230 etsivän nuorisotyön tekijää eri puolille Suomea, kaikkiaan 192 kuntaan. Etsivä nuorisotyö tavoittaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat jäämässä koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle ja tarvitsevat tukea saavuttaakseen julkisen sektorin palvelut.

Valtioneuvoston nuorisolain (72/2006) mukaan hyväksymä **Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma**⁸⁰ (2007–2011) sisältää yli 300 toimenpidettä, jotka koskevat terveyden edistämistä, varhaista puuttumista, perheiden tukemista, nuorten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä sekä vammaisryhmien ja erilaisten vähemmistöjen erityistä huomioon ottamista. Ohjelmassa on asetettu tavoitteet muun muassa monialaiselle yhteistyölle lasten ja nuorten kasvu- ja elinolojen kehittämisessä, kouluksiäamisen vähentämiseksi, lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan vähentämiseksi, lastensuojelun toimintaedellytysten kehittämiseksi, oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen kehittämiseksi, kouluruokailun laadun parantamiseksi, nuorten liikunnallisuuden vahvistamiseksi, nuorten ylipainoisuuden sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien vähentämiseksi ja terveystiedon vahvistamiselle. Kehittämisohjelma on valmisteltu eri ministeriöiden kesken yhteistyössä muun muassa alue- ja paikallishallinnon, järjestöjen, elinkeinoelämän, lapsuus- ja nuorisotutkimuksen ja kirkollisten toimijoiden kanssa. Valtioneuvosto hyväksyi vuoden 2011 lopussa uuden Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2012–2015.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistaminen oli yksi **Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, (Kaste)** (2008–2011) teema-alueista. Lasten Kaste -kehittämistyössä luotiin maanlaajuinen lapsi-, nuori- ja perhepalvelujen monialainen kehittämisverkosto ja viisi alueellista lähes koko maan kattavaa kehittämishanketta. Aluehankkeissa toimi koordinoitusti yli 80 pilottia tai osahanketta. Kaikkiaan kehittämistyössä oli mukana noin 500 toimijaa. Kehittämistyön vahvuudeksi on arvioitu erityisesti monialaisuus ja ylisektoriaalisuus. Hankkeiden tuella nivottiin yhteen lapsen kehitystä tukevia palveluja yli sektorirajojen ja kehitettiin yhdessä terveys-, sosiaali-, nuoriso- ja sivistystoimen sekä poliisitoimen ja järjestöjen kanssa. Erityispalveluja kuten lastenpsykiatria, lastensuojelu ja kasvatus- ja perheneuvolatyö tuotiin tukemaan peruspalveluja lasten ja nuorten kehitysympäristöihin: kotiin, päivähoitoon, kouluun ja vapaa-ajan toimintaan. Hankkeet on kuvattu tarkemmin raportissa Mitä Kasteesta on kasvamassa⁸¹.

Kehittämistyön välituloksia ovat olleet muun muassa osaamisen ja monitoimijaisen verkostotyön laaja-alainen vahvistuminen, uusien palvelurakenteiden syntyminen

⁷⁹ Hallituksen politiikkaohjelmat. Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011.

⁸⁰ OPM. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. Julkaisuja 2007:41.

⁸¹ Siltala E ja Paananen M (toim.).2010. Mitä Kasteesta on kasvamassa? Lasten Kaste-seminaari 5.10.2010. THL. Avauksia. 2010:23.

sekä osallisuutta lisäävien dialogisten työmuotojen käyttöönotto. Ohjelmakauden päätyttyä koko maassa oli menossa muutosprosessi, joka uudistaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden kehitysympäristöjä ja palveluja kokonaisuutena sekä niitä tukevia johtamis- ja yhteistyörakenteita ja työmenetelmiä. Erityisen tarpeellista on ollut kehittää eri toimijoiden yhteistyötä lasten ja nuorten peruspalvelujen ja erityispalvelujen välille.

Lasten Kaste -kokonaisuuden kantavana ajatuksena on ollut, että lapsiperheiden palvelut muodostavat kokonaisuuden, jossa lapsia ja nuoria tuetaan ensisijaisesti heidän omissa kehitysympäristöissään, myös ongelmien ja häiriöiden ilmaantuessa. Olennaista on nopea puuttuminen ja varhainen tuki sekä tiivis yhteistyö eri hallinnonalojen ja toimijoiden kesken.

Kaste II -ohjelmassa (2012–2015) lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamista jatketaan. Huomiota kiinnitetään palvelujen yhteen sovittamiseen ja niiden monialaiseen johtamiseen sekä monialaiseen yhteistyöhön. Erityisenä tavoitteena on vähentää eriarvoisuutta ja estää lasten ja nuorten syrjäytymistä. Hallinto- ja sektorirajat ylittävän yhteistyön kehittämistä jatketaan.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman⁸² (2008–2011) toimeenpano-ohjelmassa esitetään 15 terveyserojen kannalta keskeistä toimenpidettä, joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla. Lähes kaikki toimeenpanosuunnitelmaan kirjatut toimenpiteet liittyvät joko suoraan tai välillisesti lasten ja lapsiperheiden syrjäytymisen ehkäisemiseen. Ohjelmassa on linjauksia ja toimenpideehdotuksia muun muassa kuntapolitiikan keinoista ja syrjäytymisen ehkäisystä lapsuudessa ja nuoruudessa, elintapoihin vaikuttamisesta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisestä.

Toimintaohjelman toteutumista on arvioitu tilannekatsauksessa *Kapeneeko kuilu?*⁸³ Raportista on luettavissa muun muassa, mitä toimenpiteitä on tehty köyhyyden vähentämiseksi ja lasten ja nuorten terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi, miltä työolot ja työttömyys näyttävät terveyserojen kaventamisen näkökulmasta ja onko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä yhdenvertainen.

Sisäasiainministeriön julkaisemassa **Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa**⁸⁴ (Valtioneuvoston periaatepäätökset 2004, 2008 ja 2011) toiminta kohdentuu myös lasten ja nuorten turvallisuuteen ja syrjäytymisen ehkäisyyn sekä väkivallan vähentämiseen.

Vuonna 2001 käynnistetyn sosiaali- ja terveysministeriön koordinoiman **Varhaisen puuttumisen (Varpu) -hankkeen** päämääränä on ollut edistää erityisesti lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointia sekä ehkäistä syrjäytymistä. Stakesilla oli keskeinen rooli hankkeen toteutuksessa osana Sosiaalialan kehittämishanketta 2004–2007. Järjestöpuolella Lastensuojelun keskusliitto vastasi RAY-avusteisesta Varpu-projektista vuosina 2002–2005. Vuonna 2004 hankkeelle asetettiin kansallinen vastuuhenkilöverkosto, jossa olivat mukana sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, oikeusministeriö, sisäasiainministeriö, puolustusministeriö, Opetushallitus, Kirkkohallitus, Suomen Kuntaliitto, A-klinikkasäätiö, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Mielenterveysseura, Suomen Vanhempainliitto, Lastensuojelun Keskusliitto ja Stakes. Hankkeen tavoitteena oli nostaa varhainen puuttuminen ja varhainen tuki keskeiselle sijalle kunkin tahon toimintaa. Varhaisen puuttumisen toiminnalle antoi

⁸² Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM julkaisuja 2008:16. Yliopistopaino. Helsinki.

⁸³ THL. *Kapeneeko kuilu?* Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. THL. Raportti 8/2011. Yliopistopaino Oy Helsinki.

⁸⁴ Sisäasiainministeriö. *Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väliarviointi 2011. Sisäinen turvallisuus.* Julkaisuja 10/2011.

merkittävää tukea vuoden 2008 alusta voimaantullut lastensuojelulaki, joka korostaa varhaisen tuen ja ehkäisevän toiminnan ensisijaisuutta ja merkitystä lastensuojelun tarpeen vähentämisessä.

Varhaiskasvatussuunnitelman⁸⁵ (Vasu) perusteiden julkaisemisen jälkeen (2003) varhaiskasvatuksessa on otettu käyttöön kasvatuskumppanuuden periaate. Sillä tarkoitetaan vanhempien ja henkilöstön tietoista sitoutumista toimia yhdessä lasten kasvun, kehityksen ja oppimisen tukemiseksi. Kasvatuskumppanuuden erityisenä tehtävänä on tunnistaa mahdollisimman varhain lapsen erityisen tuen, avun ja suojelun tarve. Kasvatuskumppanuuden tavoitteena on tuoda vanhemmat ja ammattilaiset tiiviimpään yhteistyöhön lapsen varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja koulun aloituksen ja yhteen niveltämisen kohdissa.

Kiusaamisen vastainen **KiVa Koulu toimenpideohjelma**⁸⁶ on kehitetty Turun yliopiston psykologian oppiaineen ja Oppimistutkimuksen keskuksen yhteistyönä opetusministeriön rahoituksella (2006–2011). KiVa Koulu -ohjelman käyttäjiksi on Suomessa rekisteröitynyt noin 2500 koulua. Tämä vastaa noin 90 % Suomen perusopetuksesta vastaavista kouluista.

TEAvisarin mukaan lukuvuonna 2008–2009 peruskouluista 99 prosenttia ilmoitti, että koululla on suunnitelman kiusaamisen ehkäisemisestä, havaitsemisesta ja hoitamisesta. Yhteisesti sovitut käytännöt ja menettelytavat olivat 96 prosentissa kouluista. Oppilaiden poissaolojen määrä oli tiedossa 58 prosentissa kouluista.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (aiemmin Stakes) johtama **Toimiva lapsi & perhe** -hanke⁸⁷ on vuodesta 2001 lähtien kehittänyt palveluja tukemaan perhettä ja lapsia silloin kun vanhemmalla on mielenterveys- ja/tai päihdeongelmia, väkivaltaa, työttömyyttä ja taloudellisia vaikeuksia. Aikuisten palveluissa on kehitetty ottamaan myös perheen lasten tarpeet huomioon. Hankkeessa on kehitetty näyttöön perustuvia menetelmiä lapsen kehityksen tukemisen ja häiriöiden ehkäisemisen työkaluiksi erikoissairaanhoidon ja peruspalveluihin (terveys- ja sosiaalipalvelut, ja koulutoimi) silloin, kun perheen jommallakummalla vanhemmalla on psykiatrisia oireita. Menetelmien käyttöä laajennetaan hankkeen toisessa vaiheessa (2010–2015) muun muassa perusterveydenhuoltoon.

Stakesin/ THL:n koordinoimassa ja pääosin opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamassa **YHTEISPELI-hankkeessa** (2006–2013) kehitetään työvälineitä lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemiseksi esi- ja alakoulussa. Työvälineet tukevat oppilaiden tervettä kasvua, parantavat luokkailmapiiriä, tukevat opettajien jaksamista, parantavat koulun työyhteisön työilmapiiriä sekä parantavat koulun mahdollisuuksia rakentamaan yhteistyöhön kotien kanssa. Hankkeen päämääränä on vaikuttavaksi osoitettujen työmenetelmien valtakunnallinen implementointi esi- ja alakouluihin. Hanke tulee sisältämään myös kehitettyjen toimintamallien arvioinnin ja tutkimuksen.

Opetusministeriön johtamaan **oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämistoimintaan** osallistui vuosina 2007–2011 yhteensä 192 kuntaa. Valtionavustusten käyttöön liittyvien selvitysten perusteella kehittämistoiminnan tavoite, kunnan tai seutukunnan oppilas- ja opiskelijahuollon strategian laatiminen, toteutui sata prosenttisesti. Strategioiden muoto ja laajuus vaihtelevat suuresti.

⁸⁵ Stakes. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes. Oppaita 56. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2005.

⁸⁶ www.kivakoulu.fi

⁸⁷ www.thl.fi > Aiheet > Aihealueet > Lapset, nuoret ja perheet > Palvelujärjestelmän tutkimus ja kehittäminen > Toimiva lapsi & perhe -hanke

Terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa -hanke toteutettiin osana Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanoa (THL 2008–2011). Tavoitteena oli edistää ammattiin opiskelevien, koulutuksen järjestäjien, kuntien, kuntayhtymien ja valtionhallinnon toimijoiden tietämystä toisen asteen ammattiin opiskelevien terveydestä ja terveyden taustatekijöistä sekä terveyden edistämisen käytännöistä ja toimintamalleista. Tarkoituksena oli vaikuttaa muun muassa opiskelijoiden alkoholinkäyttöön, tupakointiin sekä liikunta- ja ravintotottumuksiin. Hankkeessa tuotettiin muun muassa Tupakatta työelämään, Savuttomuusopas ammatilliseen koulutukseen -julkaisu⁸⁸.

LapsYTY tutkimus- ja kehittämishankkeessa⁸⁹ kehitetään lasten ja perheiden palveluiden yhteen sovittavaa johtamista sekä lapsiperhepalveluiden yhteistyökäytäntöjä lapsiperheiden, työntekijöiden ja johtajien näkökulmasta. Varsinaista yhteistä toimintaa tai täydellistä integraatiota, jossa palvelut muodostaisivat moniammatillisen kokonaisuuden, esiintyi harvoin. Hankkeessa kehitetään kunnille geneerinen malli palvelujen yhteensovittamisen tukemiseksi.

Vuonna 2010 käynnistyneen Opetushallituksen ja Likesin **Liikkuva koulu -hankkeen** tavoitteena on parantaa kouluikäisten fyysistä aktiivisuutta, vakiinnuttaa kaikkiin peruskouluihin kouluikäisten liikuntasuosituksia sekä saada hankkeen aikana tutkittua tietoa lasten ja nuorten toimintakyvystä. Hankkeella on 21 pilottihanketta eri puolilla Suomea. Kaikkien hankkeiden tavoitteena on muuttaa koulun toimintakulttuuria liikunnallisemmaksi. Hankkeissa on tuettu koulujen, liikunta- ja urheiluseurojen sekä muiden paikallisten tahojen yhteistyötä koulupäivän muuttamisessa fyysisesti aktiivisemmaksi.

Nuori Suomi ry:n **Liikunnasta syrjäytyneiden lasten ja nuorten fyysinen aktiivointi** -hankkeessa on 75 erilaista Suomessa toteutettua liikunnasta syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten liikunnalliseen aktiivointiin liittyvää osahanketta.

7.1.5 Seurantajärjestelmät ja indikaattorit

Suomessa on ollut pitkään käytössä useita kouluikäisten terveyttä ja hyvinvointia kartoittavia kyselytutkimuksia (Kouluterveyskysely, Nuorten terveystapatutkimus ja WHO koululaiskysely). Kouluterveyskyselyä on kehitetty kuvaamaan yksityiskohtaisemmin koululaisten hyvinvointia ja tuottamaan tietoa myös koulujen hyvinvointikysymyksistä. Vuonna 2008 kysely laajennettiin kattamaan myös ammatilliset oppilaitokset. Lasten nuorten hyvinvointia ja terveyttä kuvaavan selonteon malleja kehitettiin 1990-luvun lopulla Stakesin johdolla 14 kunnan kanssa. Vuonna 2001 julkaistiin suositus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi.

Pienistä lapsista sen sijaan on ollut hyvin vähän terveys- ja hyvinvointiseurantatietoa. Samoin mitattavista indikaattoreista kuten lihavuus, neurologinen kehitys ynnä muista ei ole ollut valtakunnallista terveysseurantatietoa lapsista tai nuorista. Vuonna 2003 järjestettiin kansallinen seminaari lasten terveysseurannan kehittämisestä jonka pohjalta aloitettiin kansallinen hanke terveysseurannan kehittämiseksi. Samassa

⁸⁸ Mustonen N ja Ollila H. (toim.). Tupakatta työelämään, Savuttomuusopas ammatilliseen koulutukseen. THL, 2009.

⁸⁹ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Hankkeet > Lapsiperhepalvelujen yhteistyökäytäntöjen johtaminen (LapsYTY)

yhteydessä tuotiin esiin huoli siitä, että psykososiaalisen kehityksen puutteellisesta seurannasta niin neuvolassa kuin kouluterveydenhuollossakin.

Lasten terveysseurannan -kehittämishankkeessa (LATE), on tehty suunnitelma lasten ja nuorten terveys- ja hyvinvointiseurannan kehittämistä sekä laadittu sähköistä potilaskertomusta varten neuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon rakenteiset tietomäärittelyt. Hankkeessa toteutettiin myös pilottitiedonkeruu. Aineistosta on luotu lasten kasvua, kehitystä, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita Terveys.fi portaaliin. Lasten mielenterveytyksen kehittäminen -hankkeessa (LAMIKE) on kehitetty neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon soveltuvia psykososiaalisen kehityksen seurantavälineitä. Terveysseurannan kehittämistyötä jatketaan lasten ja nuorten terveydenhuollon tietorakenteet asiantuntijaryhmän työllä. Tavoitteena on määritellä lopulliset luokitukset neuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon rakenteisista tiedoista koodistopalvelimelle.

Lukiolaisten hyvinvoinnista on koottu tietoa vuonna 2007 ja ammattiin opiskelevista vuonna 2005. YTHS toteuttaa joka neljäs vuosi selvityksen korkea-asteen opiskelijoiden hyvinvoinnista (vuosina 2004 ja 2008).

THL tuottaa Mieli- ja päihde -verkkoportaalia (www.thl.fi/mielijapaihde), jossa hyviä käytäntöjä ja taustatietoja myös nuorten mielenterveyden edistämiseksi. Tietoa löytyy esimerkiksi nuorten masennuksesta ja itsetuhokäyttäytymisestä, ohjeita nuorille, heidän perheilleen ja erikseen terveydenhuollon henkilökunnalle.

Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelman (OKM) puitteissa on laadittu lasten hyvinvoinnin kansalliset indikaattorit. Indikaattorit ovat olleet laajalla lausunkierroksella syksyllä 2010. Indikaattorit on ryhmitelty kuuden teeman alle: materiaallinen elintaso, terveys ja hyvinvointi, koulu ja oppiminen, turvallinen kasvuympäristö, osallistuminen ja sosiaalinen toiminta, yhteiskunnan tarjoama tuki ja suojele.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet tarjoaa kokonaisuuksia lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja kuvaavista indikaattoreista, Terveys 2015 -ohjelman seurantaindikaattoreista ja Kaste-ohjelman seurantaindikaattoreista.

7.1.6 Yhteenveto

Suomalaisen perhepolitiikan linjaukset ovat pääpiirteissään pysyneet samoina viime vuosikymmenien ajan. Tavoitteena on ollut luoda lapsille turvallinen kasvuympäristö ja tasata lasten perheille aiheuttamia kustannuksia. Lapsiperheiden taloudellisen aseman parantamisesta on keskusteltu paljon 2000-luvulla, mutta erilaiset köyhyyspakettien kaltaiset yksittäiset toimet ovat jääneet melko vähäisiksi. Lapsiperheiden taloudellinen asema suhteessa muuhun väestöön on heikentynyt viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana. Jyrkkä tuloerojen kasvu vuosina 1995–2007 ilmenee siten, että lapsiperheiden tulot ovat kaikissa tuloryhmissä kasvaneet hitaammin kuin kaikkien kotitalouksien. Toimeentulotukea saavista kotitalouksista reilu viidennes on lapsiperheitä. Yksinhuoltajaperheiden taloudellinen tilanne on selvästi heikompi kuin kahden huoltajan perheiden.

Eri tahojen yhteistyö lapsiperheiden tukemiseksi on parantunut huomattavasti kuluneen 10 vuoden aikana. Yhteistyön parantamisesta on tullut yleinen tahtotila. Sitä ovat edistäneet Terveys kaikille politiikoissa -ajattelu ja sen taustalla oleva tieto terveyteen vaikuttavien tekijöiden moninaisuudesta. Monisektorisen ja poikkihallinnollisen yhteistyön vahvistamiselle on luotu edellytyksiä lainsäädännön, useiden ohjelmien ja uusien kansallisten ja paikallisten rakenteiden avulla. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimeenpanosuunnitelmat ovat selvästi yleistyneet.

neet kunnissa 2000 -luvulla. Kuntajohdolle vuonna 2011 tehdyn kyselyn mukaan kyseinen kuntajohdon hyväksymä suunnitelma oli reilulla kahdella kolmasosalla kunnista, kun vuonna 2004 vain vajaalla neljäsosalla. Vastaavasti yhä useampi kunta on sisällyttänyt Terveys 2015 -ohjelman mukaisen ”Lasten hyvinvointi ja terveydentila paranee” tavoitteen toiminta- ja taloussuunnitelmaansa (68 prosenttia vuonna 2004 ja 76 prosenttia vuonna 2011). Perheiden tukemisen näkökulmasta vuonna 2008 voimaan tulleen lastensuojelulain 12 §:n mukainen velvoite laatia lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on keskeinen. Monet järjestöt ovat mukana sekä kansallisella että paikallisella taholla (esim. MLL, Suomen Vanhempain liitto). Kunnissa on meillä rakenteiden kehittämistä palvelujen integroimiseksi ja poikkihallinnollisen johtamisen kehittämiseksi; tätä työtä jatketaan Kaste II -ohjelmassa. Oppilashuollon ja perhekeskusten kehittäminen on edistänyt yhteistyötä perheiden tukemiseksi ja lisännyt osallisuutta ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Laajat terveystarkastukset avaavat uusia mahdollisuuksia perheiden tukemiseksi. Lapsiperheiden ja työelämän tarpeiden yhteensovittamiseksi on tehty joitakin muutoksia perhevapaajärjestelmään. Koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa koskeva sääntely sisällytettiin perusopetuslakiin vuonna 2008. Ensimmäisen luokan oppilaista toimintaan on osallistunut 53 prosenttia ja toisen luokan oppilaista 28 prosenttia vuonna 2011.

Varhaiskasvatuksessa on vanhempien ja henkilökunnan yhteistyötä edistetty kasvatuskumppanuuden periaatteen mukaisesti lähes 90 prosentissa kuntia. Yhdessä lähes kaikille lapsille laaditut varhaiskasvatussuunnitelmat sekä vasu-keskustelut ovat edistäneet lasten terveyden yksilöllistä edistämistä. Päivähoitoympäristön terveellisyyttä on vahvistettu lisäämällä liikuntaa ja kiinnittämällä huomiota infektioriskin vähentämiseen, terveelliseen ravitsemukseen kiusaamisen ehkäisemiseen.

Koulun ja kodin yhteistyötä on linjattu esiopetuksen ja perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa. Myös useilla järjestöillä kuten MLL:lla ja Suomen Vanhempain liitolla on aktiivinen rooli koululaisten hyvinvoinnin tukemisessa. Kouluympäristön terveellisyyttä on parannettu antamalla suositus makeis- ja virvoitusjuoma-automaatteja vähentämiseksi. Lisäksi on kehitetty kouluruokailua, liikuntaa ja tupakoinnin vähentämistä. Koulukiusaamisen vähentämiseksi peruskoulussa on toteutettu laaja hanke (Kiva-koulu). Kouluterveyskyselyistä saatua tietoa on hyödynnetty kehitettäessä kouluympäristöä terveellisemmäksi. Kouluympäristön ja -yhteisön terveellisuuden ja turvallisuuden tarkastaminen joka kolmas vuosi on yleistynyt peruskouluissa. Vastaavaa menettelyä ei toistaiseksi ole päivähoidossa. Lapsen oikeuksien komitea antoi Suomelle palautetta kouluhyvinvoinnin riittämättömästä kehittämisestä. Aihe on otettu kehittämiskohteeksi Kaste II-ohjelmassa.

Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn on kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota, samalla on toiminnan painopistettä siirretty ehkäisevään toimintaan. Syrjäytymisuhassa olevia lapsia ja lapsiperheitä on tuettu psykososiaalisten palvelujen avulla. Vaikuttavia toimintatapoja on kehitetty ja otettu käyttöön niiden lasten tukemiseksi, joiden vanhemmilla on päihde- tai mielenterveysongelma tai muu vakava vanhemmuutta haittaava tekijä. Menetelmät on otettu käyttöön kaikissa yleispsykiatrian yksiköissä ja niiden käyttöä laajennetaan päihdepalveluihin ja perusterveydenhuoltoon. Kouluissa psykososiaalisten palvelujen tarve on suurempi kuin mihin erityistyöntekijöiden voimavarat riittävät.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen edellytyksiä edistää lasten terveyttä on parannettu muun muassa lainsäädännön avulla. Terveys-, sosiaali- ja opetustoimen lainsäädäntöön on lisätty säännöksiä, joiden mukaan on tunnistettava varhain erityistä tukea tarvitsevat ja järjestettävä tarvittava tuki oikea-aikaisesti, tarvittaessa moniammatillisessa yhteistyössä. Tarpeiden tunnistamista on parannettu oppaiden, ohjeistusten ja

menetelmäkäsikirjojen avulla. Esimerkiksi lasten ja nuorten masennuksen tunnistaminen on parantunut. Etsivää työtä on lisätty, esimerkiksi lastenneuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on pyrittävä tunnistamaan tarkastuksista pois jäävien tuen tarpeet. Nuorisolain mukaista etsivää työtä ja verkostotyötä on käynnistetty hyvin tuloksin. Vanhempien hyvinvoinnin edistämistä ja heidän vanhemmuuttaan pystytään tukemaan aikaisempaa tehokkaammin nk. laajojen terveystarkastusten avulla. Perhepoliittisiin etuuksiin on tehty joitakin parannuksia, kuten korotuksia lapsilisiin ja kotihoidon tukeen.

Lasten mielenterveyshoito on kehittynyt myönteiseen suuntaan: ehkäiseviä palveluja on vahvistettu ja hoitoon pääsyä ja hoitokäytäntöjä on kehitetty. Lastenpsykiatriasta avohoitoa, liikkuvaa työtä, kriisityötä ja konsultaatiomahdollisuuksia on kehitetty ja osastohoitoa vähennetty. Valtakunnallisesti on kehitetty lasten kehitysympäristöihin vietyjä tukimuotoja ja toimintatapoja, joiden avulla ehkäistään vanhempien vakavien ongelmien siirtymistä lapsiin. Erikoissairaanhoidon lähetetyille lapsipotilaille on taattu oikea-aikainen ja yhdenvertainen hoitoon pääsy niin kutsutun hoitotakuun ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden avulla. Eduskunnan 2000-luvulla myöntämät lisämäärärahat lasten ja nuorten psykiatriaan edistivät useimmissa sairaanhoitopiireissä työn sisällön ja pysyvien työtapojen kehittämistä.

Lasten psykososiaalisten ongelmien tunnistamista on kehitetty perustasolla kuten neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa, mutta kokonaisuutena hoidon tarpeen tunnistaminen on edelleen satunnaista ja riittämätöntä. Tämän seurauksena psykiatrista hoitoa tarvitsevia lapsia on lastensuojelun asiakkaina. Kasvatus- ja perheneuvolat ovat varsin kuormitettuja, eikä voimavaroja ole riittänyt tarpeeksi ehkäisevien peruspalvelujen tukemiseen. Jotta mielenterveyshoito voitaisiin turvata kaikille tarvitseville lapsille, on kehitettävä hoidon tarpeen tunnistamista ja perustason hoitomahdollisuuksia. Lasten pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon on parannettu laatimalla Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet muun muassa lastenpsykiatriasta hoitoa varten⁹⁰.

Koulujen ja muiden oppilaitosten, sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien liikunta- ja nuorisotoimen, järjestöjen ja tiedotusvälineiden yhteistoimintaa on lisätty koulutuksellisen syrjäytymisen ja huonon terveyden vähentämiseksi. Uusia tuki- ja hoitomuotoja on kehitetty muun muassa mielenterveysongelmista kärsivien nuorten tukemiseksi heidän omissa kehitysympäristöissä kotona ja koulussa.

Terveystietoa on vuoden 2012 kevääseen mennessä opetettu sen lakisääteistämisen jälkeen koulutusmuodosta riippuen 6–11 vuotta. Elämänhallintaan liittyvät kysymykset sisältyvät terveystiedon opetukseen. Lasten ja nuorten liikuntatottumuksia on tuettu muun muassa valtakunnallisella Liikkuva koulu -hankkeella, jossa on lisätty koulupäivän yhteydessä tapahtuvaa fyysistä aktiivisuutta. Niin kutsuttu nuorisotakuu, jolla nuorille turvataan työ-, opiskelu-, kuntoutus- tai harjoittelupaikka, sisältyy viimeiseen hallitusohjelmaan. Syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen ovat edelleen suuri haaste.

Nuorten alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan, tosin esimerkiksi lukiolaisten ja ammattikoululaisten välillä on suuria eroja. Huumeiden käyttö sen sijaan on ollut kasvussa. Tilannetta seurataan joka toinen vuosi toteutettavan kouluterveyskyselyn avulla. Alkoholinkäytön varhaista tunnistamista on parannettu ottamalla käyttöön tähän tarkoitukseen kehitettyjä työvälineitä (audit, adsume) koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus sisältyvät opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Suurimmalla

⁹⁰ STM. Lastenpsykiatrian kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet. Hoidon perusteiden arviointikriteerit 5–15-vuotiaille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:5.

osalla kuntia on toimeenpanosuunnitelma päihdehaittojen vähentämiseksi. Viime vuosina on neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa kiinnitetty lisääntyvää huomiota lasten vanhempien alkoholinkäyttöön, haittojen vähentämiseen ja päihteitä käyttävien äitien hoidon järjestämiseen. Haasteena on edelleen päihdepalvelujen riittävä saataavuus.

7.2. TYÖIKÄISTEN TERVEYS

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

7. *Nuorten aikuisten miesten vapaa-aikaan ja alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien ja vammautumisen vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö sopii muiden ministeriöiden sekä kuntien, ammattijärjestöjen ja elinkeinoelämän järjestöjen kanssa toimenpidekokonaisuudesta, sekä jatkaa liikenneturvallisuus- ja työturvallisuusohjelmia.*
8. *Ihmissuhteisiin ja parisuhteeseen liittyviä ongelmia, perheväkivaltaa ja yksinäisyyttä pyritään vähentämään. Kehitetään perhe-elämää koskevia palveluja ja koulutusta (esimerkiksi perhe-neuvoloiden osaamisen laajentaminen ja miesten väkivallan ehkäisyryhmien kehittäminen).*
9. *Syrjäytymiskehitystä pyritään estämään siten, että työttömillä ja erilaisissa epätyypillisissä työsuhteissa tai työpaikoissa olevilla on samat mahdollisuudet terveyspalveluihin ja terveyden edistämiseen kuin muilla. Erityisesti työturvallisuus ja työterveyshuollon palvelut ovat keskeisiä.*
10. *Sosiaali- ja terveysministeriö, työministeriö sekä työmarkkinajärjestöt tehostavat käynnissä olevia toimenpiteitä kansallisen Ikäohjelman tavoitteiden mukaisesti, siten että työelämän vaatimukset voidaan sovittaa yhteen työntekijöiden ikääntymisen sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa. Valtio näyttää itse mallia kehittämällä henkilöstöpolitiikkaa ja henkilöstöstrategioita henkilöstön jaksamista tukeviksi.*

7.2.1 Lainsäädäntö

Kansanterveyslaki (66/1972, muut.928/2005) velvoittaa kuntaa huolehtimaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, sairaanhoito mukaan lukien. Lain 14 §:ssä määritellään tarkemmin kunnalle kuuluvista kansanterveystyön tehtävistä, joihin olennaisena osana kuuluu huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista.

Alkoholilainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan alkoholin saatavuuteen ja liika- käyttöön ja tätä kautta alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmien ja väkivaltaisten kuolemien ja vammautumisen vähentämiseen. Alkoholilakiin (1143/1994) on tehty ohjelmakauden aikana useita muutoksia, jotka koskevat alkoholin vähittäismyyntiä ja anniskelua, mainontaa ja hinnoittelua sekä ohjausta ja valvontaa. Alkoholijuomien valmisteveroa korotettiin vuosina 2008 ja 2010.

Työterveyshuoltolaki ja työturvallisuuslaki tukevat työikäisten työssä olevien terveyttä, työkykyä ja työturvallisuutta. Työterveyshuoltolailla (1383/2001) säädetään työterveyshuollon sisällöstä ja toteutuksesta. Lain tarkoituksena on työnantajan, työn-

tekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työyhteisön toimintaa, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisuutta ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa. Hallitusohjelman perusteella työterveyshuoltolain tavoitteissa painottuu työ- ja toimintakyvyn tukeminen.

Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitautia ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja.

Terveystarkastuslain (1326/2010) velvoittaa kunnat järjestämään myös työterveyshuollon ulkopuolelle jääville työikäisille terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Palvelut vastaavat työelämässä olevien työterveyshuollon ehkäiseviä palveluja. Tavoitteena on tukea työttömien terveyttä ja ylläpitää työ- ja toimintakykyä sekä edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa.

Terveystarkastuslain täydentävässä valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) on säädös laajoista terveystarkastuksista. Asetuksessa korostetaan koko perheen hyvinvoinnin arviointia ja tukea osana laajoja terveystarkastuksia. Terveystarkastukset toteutetaan kerran äitiysneuvola aikana, kolme kertaa lastenneuvola aikana ja kolme kertaa kouluterveydenhuollon aikana laajoilla terveystarkastuksilla pyritään tunnistamaan muun muassa ihmissuhteisiin ja parisuhteisiin liittyviä ongelmia ja perheväkivaltaa ja ohjaamaan tarvittaessa palvelujen piiriin.

7.2.2 Kansalliset rakenteet ja muu toiminta

Työelämän ja työhyvinvoinnin kehittämisohjelmissa⁹¹ on tuoteistettu työpaikkojen käyttöön monia hyviä käytäntöjä työkyvyn ja työterveyden edistämiseksi⁹². Työterveyslaitoksen koulutusohjelmaan on kehitetty työterveyshuolloille suunnattua koulutusta työhyvinvoinnin parantamiseksi⁹³. Työkalut ja koulutusohjelmat vastaavat useisiin työikäisten terveyttä vahvistaviin toimentasuuntiin.

Nolla tapaturmaa -foorumi alkoi vuonna 2003 osana valtakunnallista työtapaturmaohjelmaa. Se on suomalaisten työpaikkojen muodostama verkosto, johon voivat liittyä kaikki työpaikat työturvallisuuden tasosta, työpaikan koosta tai toimialasta riippumatta. Tärkeää on aito halu turvallisuuden parantamiseen ja pyrkimys kohti nollaa tapaturmaa. Foorumiin kuuluu yli 250 työpaikkaa ja se kattaa lähes 15 prosenttia Suomen työvoimasta. Jäsenten työpaikat työllistävät noin 300 000 henkeä.

Jäsentyöpaikoilla tapaturmakehitys on ollut merkittävästi myönteisempi kuin muilla työpaikoilla.⁹⁴ Työturvallisuutta edistetään myös osana eri turvallisuussektoreiden (koti, vapaa-aika, liikenne, työ) yhteistä Nolla-kampanjaa⁹⁵.

⁹¹ www.tykes.fi ja www.ttl.fi

⁹² Työkaluja työpaikkojen käyttöön työkyvyn ja työterveyden edistämiseksi: Ehkäisevän päihdetyön välineet (A-step työkalu); STEP-työkalut tyky-toiminnan itsearviointiin (TYKY-STEP, Tuki-STEP, Yrittäjä-STEP); Ryhmänohjausvälineitä (RaPatti) elämäntapamuutosten ohjaamiseen sekä kysely työhyvinvoinnin kartoitusten tekemiseen.

⁹³ Koulutuksen sisältöjä: mini-interventio toiminnan kehittämiseen työterveyshuollossa, puheeksiottamisen taitoja työpaikan ja työterveyshuollon avainhenkilöille; alkoholihaittojen ehkäisy työpaikan päihdeohjelmassa – teoriasta käytännön toimiksi.

⁹⁴ <http://www.ttl.fi> > nolla tapaturma -foorumi

⁹⁵ www.nolla.fi

Työttömien terveystarkastuksia ja -palveluja on kehitetty kuntien, työ- ja elinkeinohallinnon ja Kelan yhteisissä työvoiman palvelukeskuksissa (TYP), joita perustettiin vuosina 2004–2006. Näitä edelsi pitkäaikaistyöttömien yhteispalvelukokeilu (2002–2003). Työvoiman palvelukeskuksissa työ- ja elinkeinohallinnon, kunnan ja KELAn palveluja on koottu yhteiseen palvelupisteeseen, jossa toimii moniammatillisia asiantuntijatiimejä ja joihin liittyy muiden palveluntuottajien muodostama asiantuntija- ja palveluverkosto. Vuonna 2010 palvelukeskuksia oli 39 kaupunkiseutukunnassa.

Elämäntietojen ja työ -teema on Työterveyslaitoksella 2006–2010 jatkunut ikäjohtamisen kehittämiseen tähtäävää työ. Teema on kehittänyt eri-ikäisten työhön osallistumista tukevia ryhmämenetelmiä sekä tuottanut laajan Ikävoimaa työhön -koulutuskokonaisuuden, jonka avulla edistetään organisaatioiden valmiuksia hyvien ikäjohtamiskäytäntöjen laajamittaisempaan hyödyntämiseen. Lisäksi valmistumassa ovat ikäjohtamisen lähtötilanteen kartoittamiseen sekä käynnissä olevien ikäjohtamiskäytäntöjen arviointiin ja edelleen kehittämiseen liittyvät työkalut.

STM on ohjannut vuosittain (2006–2009) kirjeitse kuntia ja kuntayhtymiä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja terveydenhuollon sekä niihin liittyvän hallinnollisen yhteistyön tehostamisessa ja valtionosuusrahoituksen kohdentumisessa.

STM on ohjannut vuosittain (2006–2009) kirjeitse kuntia ja kuntayhtymiä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja terveydenhuollon sekä niihin liittyvän hallinnollisen yhteistyön tehostamisessa ja valtionosuusrahoituksen kohdentumisessa.

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen TOIMIA -asiantuntijaverkosto käynnistyi laajan toimijaryhmän yhteistyöhankkeena vuonna 2007. THL koordinoi verkostoa, jossa ovat mukana sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, Suomen Kuntaliitto, Kuntien eläkevakuutus, Työterveyslaitos sekä monet toimijat tutkimusta ja kliinistä työtä tekevästä laajasta verkostosta. Hankevaihe päättyi vuoden 2010 lopussa. Verkoston toiminta jatkuu hankkeen aikana luotujen hyvien toimintamallien mukaisesti niitä edelleen kehittäen.

Työhyvinvointifoorumi (2008–2011)⁹⁶ on sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä verkostoyhteistyötä voimistava toimintakokonaisuus työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tavoitteena on sovittaa yhteen työhyvinvointia edistävien organisaatioiden toimintatapoja ja levittää hyviä käytäntöjä. Foorumissa on neljä teemaryhmää, joista yksi on työturvallisuus. Teema on nostanut esiin ajankohtaisia tutkimus- ja kehittämistarpeita sekä lisännyt vuorovaikutusta eri osapuolten kesken. Työhyvinvointifoorumia ollaan uudelleen organisoimassa sen vakiinnuttamiseksi.

Työterveyslaitos on kehittänyt malleja työttömyydestä työhön siirtymisen helpottamiseksi ja tehostamiseksi (2009–2011). **Kohti työelämää** -menetelmien ohjaajiksi on koulutettu opettajia ja työvoimatoimiston ohjaajia työnsä menettäneiden uudelleen työllistymisen nopeuttamiseksi ja masennusoireiden vähentämiseksi.

STM asetti vuonna 2010 johtaja Jukka Ahtelan vetämän työelämäryhmän loppuraportin⁹⁷ (2010) ehdotusten perusteella kaksi jatkotyöryhmää, joista toinen käsitteli työterveyshuollon kehittämistä, työterveyshuollon valtakunnallista kattavuutta ja työkyvyttömyysprosessia ja toinen työhyvinvointikysymyksiä. Yleisenä tavoitteena oli nostaa 25 vuotta täyttäneiden keskimääräistä eläkkeelle siirtymisiään odotetta 59,4 vuodesta vähintään kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä. Työryhmä valmisti ehdotukset muun muassa työterveyshuollon uudelleen suuntaamisesta, työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon työterveysyhteistyön yleisestä ja erityisesti ikään

⁹⁶ www.stm.fi > Työsuojelu > Työhyvinvointi > Työhyvinvointifoorumi

⁹⁷ EHDOTUKSIA TYÖURIN PIDENTÄMISEKSI, Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. Saatavilla www.sttk.fi <http://www.sttk.fi>

tyneet työntekijät huomioon ottavasta kehittämisestä työpaikalla, työterveyshuolto- palvelujen alueellisen saatavuuden, kattavuuden ja rahoituksen varmistamisesta huomioiden erityisesti pientyöpaikat ja työkyvyttömyysarvioinnin prosessien kehittämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla toimii **Työterveyshuollon neuvottelukunta** (2011–2014), joka suunnittelee ja kehittää suomalaista työterveyshuoltoa ja siihen liittyvää yhteistyötä. Neuvottelukunnassa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön ja valtiovarainministeriön lisäksi Työterveyslaitoksen, Kuntaliiton sekä työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen sekä ammattijärjestöjen edustajat.

7.2.3 Oppaat, suositukset ja valtioneuvoston periaatepäätökset

Työterveys 2015 Työterveyshuollon kehittämislinjat⁹⁸ Valtioneuvoston periaatepäätös (2004) linjaa kansallisia, eri toimijoiden toimenpiteitä ja vastuualueita työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi osana työelämän laadun parantamista. Periaatepäätöksessä määritellään 10 kehittämislinjaa ja niiden toteuttamiselle vastuutahot ja menettelytavat. Työterveyshuollon haasteet ovat sekä työympäristöperäisiä että työntekijöiden terveyteen, työkykyyn ja työyhteisöön liittyviä. Ohjelman toimenpanosuunnitelmaan sisältyviä hankekokonaisuuksia ovat ammattitautien ehkäisy ja toimialakohtainen työterveyshuollon kehittäminen, työikäisen väestön terveyserojen kaventaminen, depression ehkäisy ja hoito työterveyshuollossa sekä työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittäminen ja yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa.

Työterveys 2015 -ohjelman mukaan terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen edellyttää jatkuvaa työympäristön ja työolosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden arviointia, seuranta- ja kehittämistä. Erityistä huomiota kiinnitetään tässä suhteessa ikääntyvän väestön työoloihin ja työympäristöön. Työterveyslaitos arvioi parhaillaan Työterveys 2015 -ohjelman toteutumista.

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö⁹⁹ Työ vaikuttaa terveyteen ja terveys vaikuttaa työn tekemiseen. Työterveyshuollon tehtävänä on tukea työolojen kehittämistä työpaikoilla siten että työntekijä ja työyhteisö voivat hyvin. Tähän kuuluvat olemassa olevien ongelmien korjaaminen ja uusien ongelmien ehkäiseminen, mutta myös työyhteisön myönteisten voimavarojen etsiminen ja muutosten hallinnan tukeminen. Kirjassa on konkretisoitu ja selkiytetty työterveyshuollon toimintaperiaatteita.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset¹⁰⁰ Suosituksissa korostetaan että väkivallan vastaisen työn tulee olla koordinoitua ja mallinnettua. Tärkeää on parantaa henkilöstön ammatillisia valmiuksia puuttua väkivaltaan ja lisätä aihepiirin tutkimus- ja kehittämistyötä. Väkivallasta kärsiville eri ryhmille tarvitaan asianmukaisia palvelu- ja hoitomalleja ja -muotoja, jotka vastaavat väkivaltaa perheissä kokevien lasten ja nuorten ja siitä kärsivien vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten

⁹⁸ STM. Työterveys 2015 Työterveyshuollon kehittämislinjat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2004:3.

⁹⁹ Manninen, Laine, Leino, Mukala ja Husman (toim.). 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino. Vammala.

¹⁰⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. STM Julkaisuja 2008:9

tarpeisiin. Myös väkivaltaa käyttävien henkilöiden on saatava apua. Suosituksissa korostetaan, että kansalaistoiminta on kunnissa tärkeää kytkeä mukaan väkivallan ehkäisytyöhön.

7.2.4 Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Työturvallisuusohjelmat Valtakunnallisia työturvallisuusohjelmia on toteutettu eri muodoissaan vuosikymmenen ajan. Näitä ovat täydentäneet eri lähtökohdista syntyneet sektorikohtaiset ja alueelliset ohjelmat ja hankkeet.

Veto-ohjelman¹⁰¹ (2003–2007) tavoitteita olivat muun muassa kansalaisen täysipainoisen työelämään osallistumisen turvaaminen, vaikuttaminen työssäoloajan pidentymiseen ja työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen edistäminen. Eräänä tavoitteena oli hyvän turvallisuuskulttuurin edistäminen. Veto-ohjelma jatkoi valtakunnallisen työtapaturmaohjelman (Työturvallisuus kohti maailman kärkeä - työtapaturjaohjelma 2001–2005) hyviä toimintatapoja kuten Nolla-tapaturmaa -foorumia. Veto-ohjelma valmisteltiin kiinteässä yhteistyössä muiden ministeriöiden ja työmarkkinajärjestöjen kanssa.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön vahvistaminen¹⁰² Sosiaali- ja terveysministeriön asetti työryhmän 2003 tekemään ehdotuksen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjunnan vahvistamisesta. Työryhmän ehdotuksen mukaisesti laadittiin laajapohjaisessa yhteistyössä eri ministeriöiden, tutkimuslaitosten ja tapaturmien torjunnasta ja rahoituksesta vastuussa olevien tahojen kanssa toimintaohjelma (2003–2008) ja perustettiin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntaa varten vastuuyksikkö Kansanterveyslaitokselle. Alkoholi on keskeinen tekijä monessa tapaturmassa joten toimintaohjelma rakennettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön alkoholiohjelman kanssa. Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti alkoholiin liittyvien tapaturmien ehkäisyyn tuli olla yksi tapaturmien torjuntatyön painoalueista.

Stakes/ THL on toteuttanut yhdessä puolustusvoimien ja työ- ja elinkeinoministeriön kanssa nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi **Aikalisä! Elämä raiteillaan -hankkeen**¹⁰³ (2004 - 2009). Hankkeessa kehitettiin toimintamalleja psykososiaalisen tuen järjestämiseksi kutsunnoissa varusmiespalveluksen ulkopuolelle jääville ja varusmies- ja siviilipalveluksen keskeyttävillä sekä tutkittiin toiminnan tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta. Nuorten tukemiseksi kehitettiin tukipalvelu, jossa asiakkaalle tarjotaan nimetty ohjaaja, tukea elämäntilanteen selvittelyssä, apua parhaiden ratkaisujen löytämiseen ja tietoa ja ohjausta palveluihin. Toiminta on luonteeltaan avointa, matalalla kynnyksellä toimivaa, etsivää ja aktiivisesti tavoittamaan pyrkivää, avun ja tuen hakemista normalisoivaa ja asiakkaille vapaaehtoista. Tukiohjelmalla on arvioinnin mukaan ollut vaikutusta nuorten henkilöiden psykososiaaliseen hyvinvointiin. Toimintamallia on levitetty koko maata kattavaksi siten, että vuoden 2010 lopussa toimintamalli oli käytössä noin 170 kunnassa.

Sosiaalialan kehittämishankkeeseen liittyvän **Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemisen toimintaohjelman**¹⁰⁴ (2004–2007) tavoitteena oli ehkäistä lähisuhteissa ja perheissä tapahtuvaa väkivaltaa ja parantaa koko maan kattavaa sosiaali- ja tervey-

¹⁰¹ Veto-ohjelma 2003–2007. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:53.

¹⁰² Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön vahvistaminen. 2003.Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:29

¹⁰³ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen

¹⁰⁴ STM. 2004. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen 2004-2007. Esitteitä 2004:9.

denhuollon perus- ja erityispalveluverkostoa väkivallan uhreille, tehostaa varhaista puuttumista ongelmaan sekä parantaa väkivaltatyöhön liittyvää osaamista. Väkivalta on nostettu esiin sukupuolten välisenä tasa-arvokysymyksenä ja kansalaisten turvallisuutta heikentävänä ilmiönä. Toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi liittyi läheisesti myös Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen, Tasa-arvo-ohjelmaan ja Alkoholiohjelmaan.

Etelä-Suomen ja Itä-Suomen lääninhallitukset ovat toteuttaneet **lähisuhteissa ja perheissä tapahtuvan väkivallan ehkäisemisen hankkeita** vuosina 2004–2007. Hankkeet olivat osa valtakunnallista sosiaali- ja terveysministeriön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi toteuttamaa toimintaohjelmaa ja sosiaalialan kehittämiss-hanketta.

Asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisyhanke Kansalliseen Varhaisen puuttumisen (Varpu) -hankkeeseen liittyi Puolustusvoimien toteuttama Asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisyhanke (2005–2007).

Puolustusvoimien päihdeohjelman (2005) avulla on ohjattu sekä ehkäisevän toiminnan toteuttamista että menettelytapojen yhtenäistämistä päihdehaittojen käsittelyssä. Ohjelman myötä varuskunnissa on muun muassa otettu käyttöön puheeksi otomalli ja tehty mini-interventioita.

Liikenneturvallisuusohjelma¹⁰⁵ perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen liikenteen turvallisuuden parantamisesta sekä liikenneturvallisuusasiain neuvottelukunnan valmistelemaan suunnitelmaan Tieliikenteen turvallisuus 2006–2010. Valtioneuvoston liikennepoliittisessa selonteossa¹⁰⁶ (2008) on vahvistettu liikenneturvallisuustavoitteet ja keskeiset toimenpiteet. Tieliikenteen turvallisuus 2006–2010 -suunnitelman kärkihankkeita ovat olleet pääteiden kohtaamisonnettomuuksien vähentäminen, jalankulku- ja pyöräilyonnettomuuksien vähentäminen asutuskeskuksissa, nopeuksien hillitseminen, päihdeonnettomuuksien vähentäminen, ammattiliikenteen onnettomuuksien vähentäminen ja onnettomuuksien seurausten lieventäminen.

Päihdeonnettomuuksien seurauksia liikenteessä pyritään lieventämään samoilla tienpidon toimenpiteillä, joilla ajosuuntia ja kulkumuotoja erotetaan toisistaan törmäysten estämiseksi ja joilla tieympäristöä pehmennetään suistumisten varalta ja alennetaan törmäysnopeuksia. Tiehallinto on osallistunut tiedotukseen ja tutkimukseen alkoholin ja päihteiden merkityksestä liikenteessä yhteistyössä alan toimijoiden kanssa. Ajoneuvojen kuljettajien päihteyttäminen on tärkeää myös tienpitoon liittyvissä töissä. Liikenneturvallisuusohjelman ja liikenneraittiuskampanjan kohteena ovat olleet erityisesti nuoret kuljettajat.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmaan kuulunut **Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma**¹⁰⁷ vastasi osaltaan ikärakenteen muutoksesta johtuvaan työikäisen työvoiman määrän vähenemisen esiin nostamiin haasteisiin ja pyrki estämään syrjäytymiskehitystä. Ohjelmassa tuli tarttua työvoimapolitiikan keinoin mahdollisimman varhain työttömyyteen ja syrjäytymisen ehkäisyyn sekä tukea elinikäistä oppimista ja osaamisen kehittämistä kaikissa työelämän vaiheissa sekä edistää ikääntyvän työvoiman työssä pysymistä. Tavoitteena olivat myös työolosuhteiden, työssä jaksamisen ja työviihtyvyyden parantaminen sekä työn ja perhe-elämän entistä parempi yhteensovittaminen.

¹⁰⁵ Tiehallinnon liikenneturvallisuusohjelma. Sisäisiä julkaisuja 12/2005

¹⁰⁶ Valtioneuvoston liikennepoliittinen selonteko eduskunnalle. Julkaisu 17/2008.

¹⁰⁷ Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011

Politiikkaohjelmien arvioinnin¹⁰⁸ mukaan Työn, yrittämisen ja työelämän -ohjelman myötä tietoisuus ikärakenteen muutoksen vaatimista toimista, erityisesti tarpeesta pidentää työuria alku- ja loppupäästä ja työvoimareservien saamisesta täyskäyttöön, oli vahvistunut. Työvoima- ja koulutustarpeiden ennakoinnin kehittäminen oli yksi ohjelman keskeisistä hankkeista. Työelämän laadun parantamiseksi tulevana vuosina ehdotettiin kiinnitettävän erityistä huomiota työn tekemisen toimintatapojen kehittämiseen, strategisen henkilöstövoimavarajohtamisen käyttöönoton edistämiseen yrityksissä ja työelämän laadun ja tuottavuuden samanaikaiseen parantamiseen.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman¹⁰⁹ keskeisenä tehtävänä oli edesauttaa ja vahvistaa terveysnäkökohtien huomioon ottamista yhteiskunnallisissa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä – niin valtion-, alue- kuin paikallishallinnossakin – sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksilötasolla.

Ohjelman yhtenä tavoitteena oli työkykyä ja työhyvinvointia edistävien käytäntöjen vahvistaminen sekä niitä uhkaavien tekijöiden varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen ja nopean työhön paluun kannustaminen sairastumisen jälkeen. Toimiva, ennaltaehkäisyä painottava työterveyshuolto, hyvä johtaminen, tiivis yhteistyö eri osapuolten kesken ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet todettiin työhyvinvointia lisääviksi tekijöiksi.

Työhyvinvoinnin parantamiseksi ohjelma osallistui Työterveyslaitoksen kehittämien terveyttä edistävän työpaikan kriteeristön kehittämiseen ja työhyvinvointifoorumiin, joka järjesti seminaarisarjan aiheesta 'Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen'.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Työterveyslaitoksen toteuttaman **Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuus -hankkeen**¹¹⁰ (2007–2010) tavoitteena oli kiinnittää terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin. Hankkeessa luotiin toimintamalleja terveyskeskusten, kuntayhtymien ja työvoiman palvelukeskusten käyttöön, järjestettiin pitkään työttömänä olleille terveystarkastuksia ja -neuvontaa sekä tehostettiin perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työ- ja elinkeinohallinnon yhteistyötä. Hankkeen osana valmistui perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen soveltuva Virtuaali-ammattikorkeakoulun kautta valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettu työttömien terveyspalvelun koulutuskokonaisuus.

Euroopan sosiaalirahaston rahoittamana (ESR) ohjelmakaudella 2007–2013 on käynnistetty useita työttömien terveyspalveluihin liittyviä hankkeita esimerkiksi **Kai-noon Kaira- ja Kaito-hankkeet**.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan¹¹¹ (2008–2011) on kirjattu useita toimenpiteitä, joilla on suoraan tai välillisiä vaikutuksia työikäisten syrjäytymisen ehkäisyyn. Toimenpiteinä on kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja kohdentaen väestöryhmittäin tarpeen mukaan, kehittää työikäisten oikea-aikaista ja tarpeen mukaista kuntoutusta sekä turvata pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyspalvelujen ulkopuolella olevien työikäisten terveyspalvelut. Ohjelmassa on linjauksia ja toimenpide-ehdotuksia kunta- ja valtion politiikan keinoista syrjäytymisen ehkäisyssä sekä elintapoihin vaikuttamisesta. Toimintaohjelman toteutumista on arvioitu tilannekatsauksessa *Kapeneeko kuilu?*¹¹² Raportista on luettavissa muun muassa, mitä toimenpi-

¹⁰⁸ sama kuin edellä

¹⁰⁹ sama kuin edellä

¹¹⁰ www.thl.fi

¹¹¹ Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM julkaisuja 2008:16. Yliopistopaino. Helsinki.

¹¹² THL. *Kapeneeko kuilu?* Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. THL. Raportti 8/2011. Yliopistopaino Oy Helsinki.

teitä on tehty köyhyyden vähentämiseksi, miltä työolot ja työttömyys näyttävät terveyserojen kaventamisen näkökulmasta ja onko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä yhdenvertainen.

Turvallisesti kotona ja vapaa-aikana. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn tavoiteohjelmassa (2007–2012)¹¹³ on esitetty valtakunnalliset tavoitteet ja toimenpidesuosituksot koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemiseksi. Ohjelmassa annetaan ikäryhmittäiset toimenpide-ehdotukset, joissa huomiota kiinnitetään myös nuorten aikuisten (19–24-vuotiaiden) tapaturmien ehkäisemiseen. Ehdotuksena on muun muassa että tapaturmien ehkäisy viedään osaksi opiskelijaterveydenhuoltoa ja valtakunnallisen liikuntatapaturmien ehkäisyohjelman toteuttamista sekä vahvistetaan kuntien nuorisotoimen ja -järjestöjen roolia tapaturmien ehkäisyssä.

Poikkihallinnollinen **naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma**¹¹⁴ (2008–2011) liittyy hallituksen tasa-arvo-ohjelmaan (2008–2011). Ohjelma valmisteltiin yhteistyössä sisäasiainministeriön, oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja ulkoasiainministeriön kanssa ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimana. Ohjelman tavoitteena oli puuttua väkivaltaan ennakkoivasti vaikuttamalla asenteisiin ja käyttäytymismalleihin, ehkäistä väkivallan uusiutumista, parantaa seksuaalisen väkivallan uhrien asemaa ja heille tarjottavaa kriisiapua ja tukea, kehittää keinoja tunnistaa ja puuttua haavoittuvassa asemassa olevien kokemaan väkivaltaan sekä lisätä viranomaisten ja ammattilaisten tietoa ja osaamista naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä ja uhrin auttamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän kolmikantaisen **Masennuksen ehkäisy (MASTO)-hankkeen**¹¹⁵ (2008–2011) tavoitteena oli puolittaa masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrä. Tarkoituksena oli edistää ja tukea työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä, varhaista puuttumista työssä selviytymisongelmien ilmaantuessa sekä masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta. Hankkeella tuettiin työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä. Toimenpideohjelmaan koottiin 20 osahanketta, jotka jakaantuivat neljään osa-alueeseen: työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen, masennusta ehkäisevä toiminta, masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sekä masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu. Hankkeessa on kehitetty työterveyshuollon, työpaikan ja psykiatrian yhteistoimintaa. Keskeistä oli masennuksen alkuvaiheen hoidon tukeminen peruspalveluissa. Masennusperusteinen työkyvyttömyys on kääntynyt laskuun kolmen viimeisen vuoden aikana. Vuoden 2010 lopussa masennuksen vuoksi eläkkeellä oli yhteensä 38 200 henkilöä eli 14 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olleista.

Perhe-elämää koskevia palveluja ja koulutusta on kehitetty kansallisessa Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa 2008–2011 (Kaste) kaikilla ERVA -alueilla erityisesti Lasten Kaste -hankkeissa (ks. luku 7.1).

Rattijuopumuksesta kiinnijääneille kehitettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja sisäasiainministeriön yhteisessä THL:n koordinoimassa **Tie selväksi -hankkeessa** (2009–2010) toimintamalli, jonka tavoitteena oli tarjota päihdeongelmiin tukea matalla kynnyksellä ja nopean puuttumisen periaatteella ohjaamalla kiinnijäänyt sosiaalityöntekijälle. Mallin mukaisesti poliisi ottaa alkoholin aiheuttamat liikenneriskit huomioon jo kuulustelun yhteydessä ja tarjoaa mahdollisuutta keskustella päihteiden

¹¹³ Turvallisesti kotona ja vapaa-aikana. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn tavoiteohjelma vuosille 2007–2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:24

¹¹⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. STM Julkaisu 2010:5.

¹¹⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Selvityksiä 2011:15.

käytöstä ammattilaisen kanssa. Suostumuksensa antaneet sosiaalihuolto kutsuu päihdekeskusteluun sekä arvioi hoidon tarpeen ja auttaa hoitoon hakeutumisessa. Pilotoinnista saatujen tulosten mukaan ensikertalaiset tarttuivat tarjottuun tukeen herkimmin. Lisäksi toimintamallilla tavoitettiin syrjäytymisvaarassa olevia nuoria, jotka eivät vielä olleet minkään palvelujärjestelmän piirissä.

Kansallinen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma¹¹⁶ (2010–2015) vastaa perheväkivallan vähentämisen tavoitteeseen. Ohjelman tavoitteena on, että kukaan lapsi ei joutuisi kohtaamaan kuritusväkivaltaa vaan voisi kasvaa myönteisessä, hellässä, ymmärtävässä ja osallistavassa ilmapiirissä. Tavoitteena on alueellisten ja väestöryhmäkohtaisten erojen pieneneminen sekä kuritusväkivallan esiintyvyydessä että sitä koskeissa asenteissa.

7.2.5 Yhteenveto

Työikäisten terveyteen vaikuttavissa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman linjauksissa korostetaan vaikuttamista terveyden taustatekijöihin kuten alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmaisten kuolemien ehkäisyyn, ihmissuhteisiin ja parisuhteisiin liittyvän perheväkivallan ehkäisyyn, syrjäytymiskehityksen katkaisemiseen työttömyyden kohdatessa, työhyvinvoinnin parantamiseen ja ikääntymisen huomion ottamiseen työelämässä.

Lainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan päihteiden käytön vähenemiseen, työssä olevien terveyteen ja työturvallisuuteen sekä työelämän ulkopuolella olevien terveyteen ja toimintakykyyn. Kansanterveyslaki ja erityisesti uusi terveydenhuoltolaki ovat vahvistaneet koko väestöön kohdistuvaa terveyden edistämistyötä. Myös opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien nuorten ja työikäisten ehkäisevän terveydenhuollon palveluiden lainsäädäntöä on vahvistettu. Tällä on erityisesti pyritty vaikuttamaan syrjäytymisen ehkäisemiseen. Alkoholilainsäädännöllä on vaikutettu alkoholin kulutukseen ja saatavuuteen ja sitä kautta tapaturmien ehkäisyyn, väkivallan vähenemiseen ja syrjäytymiskiirteen katkaisuun. Terveysministeriön lausuntokierroksen täydentävässä valtioneuvoston asetuksessa säädettyjen laajojen terveystarkastusten tarkoituksena on pyrkiä tunnistamaan perheen hyvinvoinnissa ilmeneviä ongelmia ja ohjaamaan tarvittaessa tuen piiriin.

Alkoholin vaihteleva hintapolitiikka on heijastunut alkoholinkäytön lisääntymisenä ja vähentymisenä sekä muutoksina alkoholin käytöstä aiheutuviin terveysongelmiin, tapaturmiin ja väkivallan määrään. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta -selvityksen¹¹⁷ tuodakseen esille nuorten miesten vapaa-ajalla sattuvien tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien ja loukkaantumisten taustoja. Aiheesta järjestetyssä seminaarissa huomiota kiinnitettiin siihen, miten sosiaalinen syrjäytyminen ennustaa tapaturmien ja väkivallan uhriksi joutumista. Työterveyslaitos on toteuttanut teemaan liittyvinä hankkeina muun muassa alkoholihaittojen ehkäisyhankkeen (2008–2010), jossa kehitettiin työpaikoille tarkoitettu Päihdeopas sekä Alkoholihaitat hallintaan -hankkeen yhteistyössä Työterveyslääkäriyhdistyksen, Työterveyshoitajaliiton ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa.

¹¹⁶ Älä lyö lasta! Kansallinen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma 2010–2015. STM Julkaisuja 2010:7.

¹¹⁷ STM. 2006. Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Selvityksiä 2006:71.

Valtiontalouden tarkastusvirasto selvitti työterveyshuoltolain toteutumista vuonna 2008¹¹⁸. Tarkastusvirasto totesi kannanotossaan muun muassa että ”Työterveyshuollon välillinen vaikutus valtiontalouteen on huomattava, sillä ennalta ehkäisyä korostava työterveyshuolto voi osaltaan edistää työikäisen väestön terveyttä ja vähentää pitkäaikaissairauksista aiheutuvia kustannuksia”. Tarkastuksen päähavainto oli, että työterveyshuolto painottuu voimakkaasti ennaltaehkäisyyn sijasta sairaanhoitoon. Ehkäisevän työn puutteet näkyvät muun muassa siinä, että varhainen puuttuminen alkoholien suurkulutukseen on sen aiheuttamiin terveysriskeihin nähden riittämätöntä. Tarkastushavaintojen pohjalta työterveyshuoltoon liittyviä kehittämistoimenpiteitä on suunnattu työterveyshuollon sisältöön, palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä koulutuksen ja yhteistyön suuntaamiseen siten, että alkoholihaittojen ehkäisevä toiminta tehostuu.

Työterveyshuoltoa on suunnattu työkykyä tukevaan ja edistävään toimintaan ja sitä tullaan vahvistamaan lainsäädännöllä ja ohjeistuksella. Vuoden 2011 alussa toteutetun sairausvakuutuslakimuutoksen tavoitteena on ollut parantaa työpaikkojen ja työterveyshuoltojen kanssa yhdessä työkyvyn hallinnan toteutumista työpaikoilla sopimalla työkyvyn hallinnan, varhaisen tuen ja seurannan toimintakäytännöistä. Työterveyshuollon kehittäminen on kirjattu pääministeri Kataisen hallitusohjelmaan. Kehittäminen tavoitteena on työterveyshuollon suuntaaminen vahvemmin työkyvyn tukemiseen ja edistämiseen, jotka tukevat myös Terveys 2015 periaatepäätöksen tavoitteita työikäisten kohdalla. Toisaalta pulmana on, että työterveyshuolto ei tavoita lyhytaikaisissa työsuhteissa ja epätyypillisissä työsuhteissa olevia työikäisiä, mikä merkitsee ehkäisevän työn pitkittymistä.

Tilastotiedot nuorten liikennekäyttäytymisestä näyttävät huolestuttavilta. Tieliikenteessä joka neljäs menehtynyt ja lähes joka kolmas loukkaantunut on nuori. Nuorten liikennekäyttäytymiseen liittyy paljon riskinottoa, kuten päihtyneenä ajamista, ylinopeutta ja turvavöiden käyttämättömyyttä. Rattijuoppojen aiheuttamien tieliikennekuolemien määrä on kasvanut viimeisen 10 vuoden aikana. Rattijuopumustapauksissa vahingoittuneista yli 40 prosenttia on nuoria. Myös nuorten mopoilijoiden henkilövahinkojen määrä on kaksinkertaistunut viimeisten kymmenen vuoden aikana. Liikenne- ja viestintäministeriö on toiminut yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa muun muassa rattijuopumusten torjumiseksi ja liikennevalvonnan tehostamiseksi.

Työttömien terveystarkastusten yhtenä tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä, pitää työelämän ulkopuolella olevat henkilöt työ- ja toimintakykyisinä. Tarkastusten avulla voidaan tavoittaa ne henkilöt, jotka tarvitsevat erityistä tukea pysyäksensä kiinni arjessa. Terveystarkastukset ovat lähteneet hyvin käyntiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on selvittänyt työttömien terveydenhuoltoa osana Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanketta vuosina 2008 ja 2009¹¹⁹. Kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä 85 prosenttia on ilmoittanut toteuttaneensa toimenpiteitä työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi vuonna 2009. Yli puolessa vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä tehtiin terveystarkastuksia työttömille. Terveystarkastukset toteutuivat useimmiten terveyskeskuksissa tai työvoiman palvelukeskuksissa. Noin joka kolmannessa kunnassa tai kuntayhtymässä oli tehty suunnitelma työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen järjestämisestä. Suunnitelmat oli useimmiten tehty yhdessä perusterveydenhuollon ja TE-toimiston kanssa. Usein mu-

¹¹⁸ Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston toimintatarkastuskertomukset 177/2008. Edita Prima Oy. Helsinki.

¹¹⁹ Saikku P. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa. THL 2009.

kana olivat myös sosiaalityö ja työvoiman palvelukeskus. Seurantatutkimuksen¹²⁰ mukaan miltei kaikilla hankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat jatkuneet hankkeen päättymisen jälkeen. Myös hankkeen aikana luodut toimintamallit ovat pysyneet pääpiirteissään ennallaan. Hankkeen myötä työttömien terveyspalvelun toimintamallit ja -muodot ovat kehittyneet ja monipuolistuneet. Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus hankekunnissa kertoo toiminnan tarpeellisuudesta.

Veto-ohjelma on toteuttanut sosiaali- ja terveyspolitiikan strategisia linjauksia ja jatkanut päättyneen Kansallisen Ikä-ohjelman ja vuonna 2003 päättyneen Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelman toimintoja. Lisäksi ohjelma on toiminut synergiassa muiden käynnissä olleiden valtakunnallisten kehittämis- ja toimenpideohjelmien kanssa. Veto-ohjelma edusti toimintatavaltaan viimeisten parin vuosikymmenen aikana omaksuttua ohjelmanpolitiikkaa. Normi- ja resurssiohjauksen rinnalla on informaatio-ohjaus korostunut.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma kiinnittää huomiota väkivaltaisten tapaturmien ehkäisyyn muun muassa nuorten miesten kohdalla ja perheväkivaltaan liittyen. Vammaan johtavista tapaturmista noin 10 prosenttia johtuu väkivallasta. Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat paikalliset ja alueelliset organisaatiot ovat tehostaneet lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä ja varhaista yhteistoiminnallista tukea väkivallan ehkäisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla on tehty selvityksiä muun muassa alkoholin ja lähisuhdeväkivallan yhteydestä ja selvitetty naisiin kohdistuvaa parisuhdeväkivaltaa äitiys- ja lastenneuvolassa tehdyllä seulonnalla. Lääninhallitukset ovat selvittäneet kuntien valmiuksia ehkäistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytöitä edistetään poikkiallinnollisessa naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelmassa, joka jatkuu 2010–2015, osana Sisäisen turvallisuuden ohjelmaa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos toimii ohjelman koordinoijana ja toimeenpanijana sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Ohjelmaan kuuluu 60 konkreettista toimenpidettä, joiden toteuttaminen on lähtenyt hyvin käyntiin.

7.3 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYS

Valtioneuvoston korostamat toimentasuunnat

11. *Turvataan ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitotaitojaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin.*
12. *Iäkkäille väestöryhmille kehitetään sellaisia asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä, jotka turvaavat toimintakyvyn alentuessakin itsenäisen elämän edellytykset. Näihin tavoitteisiin pyritään kunnissa muun muassa kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia, liikennesuunnittelussa sekä lähiöalueiden kehittämisessä ja täydennysrakentamisessa.*
13. *Yhdessä kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämisohjelma, jossa kehitetään iäkkäiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidos-*

¹²⁰ Saikku P. Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantatutkimuksen tuloksia hankekunnissa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 15/2012. Helsinki.

sa tarvittavia omaishoitoon, vapaaehtoistoimintaan, yrittäjätoimintaan ja julkisen vallan toimintaan perustuvia hoiva- ja huolenpitopalveluja uutta teknologiaa hyödyntäen.

7.3.1 Lainsäädäntö

Laki takuueläkkeestä (86/2010, voimaan 1.3.2011). Takuueläke parantaa kaikkein pienituloisimpien eläkeläisten toimeentuloa. Jos eläkkeensaajan kansaneläke ja ansioeläke jäävät alle laissa määritellyn eläketulorajan, puuttuva osa maksetaan takuueläkkeenä.

Terveystenhuoltolaissa (1326/2010; § 20) säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Neuvontapalveluihin sisältyy: 1) terveellisten elintapojen edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn tähtäävä neuvonta 2) iäkkään kuntalaisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki 3) sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus. Kunta voi lisäksi järjestää iäkkäille asukkaalleen terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä kunnassa erikseen sovitulla tavalla. Kunnan perusterveydenhuollon on järjestäessään iäkkäiden neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä toimittava yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa.

Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen lain valmistelu on meneillään. Lain tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin, turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy sekä määrältään ja laadultaan riittävät palvelut.

7.3.2 Oppaat ja suositukset

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuositus (2001) sekä vuonna 2008 uudistettu suositus, **Ikäihmisten palvelujen laatusuositus**¹²¹. Laatusuositusten tarkoituksena on tukea kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kunnan eri toimialojen, kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Suosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Se sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen 2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen ja 3) asumis- ja hoitoympäristöt. Keskeisille ikääntyneiden palveluille asetetaan suosituksessa valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta voidaan asettaa kuntakohtaiset tavoitteet. Lisäksi kuvataan henkilöstön mitoitusperusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän

¹²¹ Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2008:3. Helsinki 2008.

toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Keskeistä on palveluvalikoiman monipuolistaminen neuvontapalveluilla ja muilla ehkäisevillä palveluilla sekä terveyden, toimintakyvyn ja kuntoutumisen tukeminen kaikissa palveluissa. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. Suositus sisältää seurantaindikaattoreita, joiden avulla saadaan säännöllistä kuntakohtaista ja valtakunnallista tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta. Ikärakenteen muutokseen varautumiseksi kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano kytketään kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan.

Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset (2004)¹²² Suosituksissa määritellään tavoitetaso ohjatun terveystoiminnan laadulle. Ikääntyneiden ihmisten ohjattujen liikuntapalveluiden laadun tunnusmerkkeinä esitellään käyttäjälähtöisyys, saavutettavuus, yksilöllisyys, joustavuus ja saumattomuus, turvallisuus, eettisyys ja hyvät arviointikäytännöt. Laatusuositus palvelee kaikkia, jotka päättävät, suunnittelevat, järjestävät ja ohjaavat ikääntyneiden ihmisten terveystoimintaa tai opastavat asiakkaitaan liikuntapalveluiden piiriin. Ikääntyneiden ihmisten ohjattu terveystoiminta tulisi sisällyttää osaksi kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja vanhusstrategiaa siten, että terveystoiminta sisältyy hyvinvointitehtävänä koko kunnan ja myös eri sektoreiden strategioihin.

Laatusuositus vastaa omalta osaltaan Terveystoiminnan 2015 -ohjelman linjaukseen turvata ikääntyneiden ihmisten mahdollisuuksia toimia aktiivisesti yhteiskunnassa ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää.

Suositukset iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi.¹²³ Suositukset perustuvat Voimaa Vanhuuteen -ohjelmassa (2005–2010) ja Liikkeessä-projektissa (2002–2005) kehitettyihin hyviin toimintatapoihin sekä Julkilausumaan iäkkäiden ulkona liikkumisen edistämiseksi (2007). Suositukset on päivitetty Valtioneuvoston periaatepäätöksen (STM 2008:10) toimeenpanosuunnitelman mukaisesti ja ne on hyväksytty Terveystoiminnan edistävän liikunnan neuvottelukunnassa. Suositusten tarkoituksena on jäsentää kunnan eri toimialojen, järjestöjen ja muiden toimijoiden tehtäviä iäkkäiden ulkoilun edistämiseksi. Tavoitteena on kannustaa kuntia mahdollistamaan ulkoilu osaksi iäkkäiden arkea. Suosituksissa painottuvat laaja-alainen yhteistyö eri tahojen kesken, asiantuntemus, iäkkäiden toimintakykyä edistävä toimintatapa, iäkkäiden osallisuus, ohjattu ulkoilutoiminta, vapaaehtoistyö sekä lähi-liikuntaympäristöjen kehittäminen.

Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä (2008)¹²⁴, **Ikäneuvo-työryhmän** julkaisu sisältää yhteensä 18 ehdotusta. Ehdotukset koskevat ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämistä ja rahoitusta, neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestämistä, kohdentamista ja sisältöä sekä osaamisen kehittämistä, ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä koskevan tietopohjan vahvistamista sekä toiminnan seuranta- ja arviointia.

¹²² Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset. Sosiaali ja terveystoiminnan oppaita 2004:6. Helsinki

¹²³ www.voimaavanhuuteen.fi

¹²⁴ Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Sosiaali- ja terveystoiminnan selvityksiä 2009:24. Helsinki

Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun¹²⁵ (2008) Osana Kotipalvelu ja kotihoito osana palvelujärjestelmää (Kotosa) -hanketta laaditun oppaassa laadun arvioinnin keskiössä on asiakas, mutta aihetta tarkastellaan myös työprosessien, moniammatillisen yhteistyön, johtamisen ja talouden näkökulmista. Oppaaseen on koottu kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit, joita voidaan käyttää työvälineenä kotihoidon yksiköiden toiminnan eri osa-alueiden laadun arvioimisessa ja kehittämisessä. Kriteerejä voidaan hyödyntää kotihoidon johtamisessa, kehittämisessä, käytännön työssä ja koulutuksessa. Kriteerit toimivat myös tarkistuslistana siitä, miten omassa kotihoidon yksikössä laadun eri osatekijät on käytännössä otettu huomioon. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit kehitettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Suomen Kuntaliiton, Vanhustyön keskusliiton ja hankkeessa mukana olevien kuntien kanssa. Asiakaslähtöinen kotihoito -opas on tarkoitettu vanhustenhuollon ja kotihoidon esimiehille, kehittäjille ja suunnittelijoille. Se soveltuu myös uusien työntekijöiden perehdyttämiseen sekä alan oppimateriaaliksi.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille (2010)¹²⁶, Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suosituksen tavoitteena on selkeyttää ikääntyneiden eri elämänvaiheissa ravitsemukseen liittyviä eroja ja ravitsemushoidon tavoitteita. Lisäksi tavoitteena on yhdenmukaistaa hyvät käytännöt ja lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä.

THL ja Suomen Kuntaliiton ovat tuottaneet sähköisen oppaan kunnille: **Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit**.¹²⁷ Verkkosivusto on tarkoitettu ensisijaisesti niille, jotka toteuttavat, ohjaavat ja johtavat iäkkäiden terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluja ja iäkkäille suunnattua varhaista tukea. Sivustolla on suosituksia, ohjeita ja tukiaineistoa palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä esimerkkejä hyviksi koetuista käytännöistä.

Osana Kaste-ohjelman ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen toimeenpanoa sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.9.2009 työryhmän valmistelemaan ehdotukset ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiden ja sisällön kehittämisestä sekä ikäihmisten asumispalvelujen asiakasmaksujen määräytymistä koskevista linjauksista. **Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio** valmistui 2011. Työryhmän 18 ehdotuksesta kymmenen koskee ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon rakennemuutosta. Työryhmä ehdottaa, että ympärivuorokautisen hoidon rakenteita muutetaan niin, että nykyisestä kolmella portaalla (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoito) tuotettavasta ympärivuorokautisen hoidon järjestelmästä siirrytään asteittain kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. Muutoksessa laitoshoidon tilalle ei tule luoda laitospalveluita ratkaisuja. Rakennemuutoksen toteuttamisen tueksi työryhmä esittää kymmenen askeleen ohjelmaa. Työryhmän asiakasmaksujen määräytymistä koskevat ehdotukset perustuvat tehdyn selvityksen esiin nostamiin ongelmiin ja SATA-komitean linjauksiin.

¹²⁵ Heinola R (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes Oppaita 70. Helsinki 2008.

¹²⁶ www.ravitsemusneuvottelukunta.fi

¹²⁷ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit

7.3.3 Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Kotipalvelu ja kotihoito osana palvelujärjestelmää (Kotosa)-hanke toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja kuntien asiantuntijoiden yhteistyönä vuosina 2004–2007. Hanke oli osa valtakunnallista sosiaalialan kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena oli parantaa pysyvästi kotipalvelujen ja kotihoidon laatua, vaikuttavuutta ja taloudellisuutta. Menetelmiä olivat verkostotyöskentely, koulutus, ohjaus ja tiedotus. Kotosa-hankkeessa oli mukana 11 seutukuntaa (35 kuntaa), jotka saivat valtionavustusta vanhustenhuollon, erityisesti kotipalvelun ja kotihoidon kehittämiseen. Kotipalvelun ja kotihoidon laadun, taloudellisuuden ja vaikuttavuuden arviointiin kehitettiin kriteerit, joilla tuetaan kotipalvelu- ja koitehoitoyksiköiden omaa seuranta- ja arviointia.

Kansallisen muistiohjelman valmistelua varten perustettiin työryhmä (3.12.2010–30.11.2011). Sen tavoitteena on ollut valmistella kansallinen muistiohjelma, joka sisältää lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet aivoterveysten edistämiseksi, muistisairauksien varhaisen toteamisen ja hoidon turvaamiseksi; lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä oikea-aikaisen tuen ja palvelujen turvaavasta tuki- ja palvelujärjestelmästä sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi; toimeenpanosuunnitelman; arvion toimeenpanossa tarvittaviksi voimavaroiksi ja se

THL:n Ikähorisontti-hankkeen (2007–2011) kaksi keskeistä tavoitetta oli: 1) vastata iäkkäiden monimuotoiseen palvelutarpeeseen kehittämällä vanhustenhuoltoon uusia palvelukonsepteja ja toimivia työvälineitä 2) muodostaa kuntien käyttöön palvelukokonaisuus, joka on oikein kohdennettu, ikääntyvien tarpeita vastaava, toimiva ja taloudellisesti kestävä. Ikähorisontti-hankkeessa luotua uutta palvelukonseptimallia on levitetty kuntiin Kaste-hankkeiden kautta. Myös jotkin yksittäiset kunnat ovat saaneet THL:n tukea mallin viemisessä käytännön toimintaan. Joidenkin kuntien hankkeissa on vahvistettu ikäihmisten palveluissa hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa ja ennaltaehkäiseviä palveluja sekä vähennetty laitoshoidon ja korvattu sitä kotiin saatavilla palveluilla tai palveluasumisella. Palvelukonseptimallin kehittäminen tulee jatkumaan ympäristöministeriön Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmassa, jonka laadinta on meneillään.

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto käynnistyi laajaan eri toimijoiden yhteistyöhön nojaavana **TOIMIA-hankkeena** 2007–2010. Verkostoa koordinoi THL ja mukana verkostossa ovat sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, Suomen Kuntaliitto, Kuntien eläkevakuutus, Työterveyslaitos sekä monet muut toimijat tutkimusta ja kliinistä työtä tekevästä laitoksesta. Verkoston toiminta jatkuu hankkeen aikana luotujen hyvien toimintamallien mukaisesti ja niitä edelleen kehittämällä. Tavoitteena on 1) parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua 2) yhdenmukaistaa toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaamisessa käytettävää terminologiaa. TOIMIAssa kehitetty **toimintakyvyn mittaustaus- ja arviointimenetelmien sekä suositusten tietokannan** ensimmäinen versio on avattu käyttäjille. Tietokanta on tarkoitettu toimintakyvyn mittaamisen parissa työskentelevien ammattilaisten työvälineeksi, muun muassa iäkkään henkilön toimintakyvyn arviointiin osana palvelutarpeen arviointia. Työväline sopii niin kliniseen käyttöön kuin opetukseen ja tutkimukseenkin.

KASTE-ohjelmassa on toteutettu neljä iäkkäiden palveluihin kohdentunutta hanketta: **Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja asumisen varhainen tuki - ja Vanhus Kaste II: Aktiivinen ikääntyminen -hanke**, jonka tavoitteena on ollut hyvinvointia ja terveyttä edistävää palvelurakenteen sekä asumisen ja asuinympäristön kehittäminen, ikäihmisten osallisuuden varmistaminen ja ikäosaamisen vahvistaminen. Itä- ja Keski-Suomessa toteutetun hankkeen kolme keskeistä tehtävää olivat: 1) asu-

misen ”välimuotoisia” ratkaisuja edistäminen kunnissa 2) ikäihmisten kotona asumisen varhaisen tuen vahvistaminen kunnissa 3) vakiintuneen yhteistyörakenteen luominen kuntien tueksi vanhuspalvelujen kehittämiseen. Väli-Suomen **IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE -hanke**, jonka tavoitteena on ollut asuin ja elinympäristön kehittäminen toimintakykyä ja hyvinvointia tukevaksi. Hankkeelle asetettiin seuraavia vaikutusodotuksia: avopalveluissa ja laitoshoidossa on luotu ylisektorisia yhteistyön malleja, jossa muun muassa kulttuuri- ja liikuntapalveluilla lisätään ja ylläpidetään asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia; on kehitetty uusia toimintamalleja ennaltaehkäisevään työhön, jossa esteetön ja virikkeellinen ympäristö tukee ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä; koti- ja laitoshoidossa sekä tukipalveluissa on käytössä toimintakykyä ylläpitävä ja kuntouttava työote. **Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa -hanke**, jonka tavoitteena on ollut mallintaa kuntien oma neuvontakeskustoiminta ja ottaa käyttöön ikäihmisten neuvontaa ja hyvinvointia tukevia uusia ratkaisuja sekä hyödyntää hyvinvointiteknologiaa; kehittää potilaan turvallista kotiutumista ja ottaa käyttöön yhtenäisiä kotiuttamiskäytäntöjä ja edistää tiedonkulkua sekä tehostetaan kuntoutumista ottamalla käyttöön uusia menetelmiä ja teknisiä apuvälineitä. Kaakkois-Suomen **Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitu palvelujärjestelmä sosiaali- ja terveystieteissä, kuntaliitoksessa sekä yhteistoiminta-alueella -hanke**, jonka tavoitteena on ollut kansalaisten itsenäinen suoriutuminen; integroidut palveluprosessit ja -rakenteet; henkilöstön osaamisen, osallisuuden ja johtamisen vahvistaminen sekä kustannuskehityksen hillitseminen.

7.3.4 Yhteenveto

2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä on tehty ja on tekeillä koko joukko iäkkäiden ihmisten asemaan, oikeuksiin ja palveluihin vaikuttavia muutoksia, joiden tavoitteena on edistää ikätasa-arvoa; kehittää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja sisältöjä iäkkäiden ihmisten tarpeita vastaavasti; turvata mahdollisuus kotiin (yksityis- tai ryhmäkoti) ja arkeen silloinkin, kun ihmisen toimintakyky ja terveydentila edellyttää hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden; tunnistaa suuret palvelutarpeiden aiheuttajat ja varautua niihin huolella sekä turvata iäkkäiden ihmisten osallisuus niin yksilötasolla kuin koko yhteiskunnan tasolla. Iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä on ohjattu pitkälti informaatio-ohjauksen välinein. Lisäksi kansalliset hankkeet ovat tukeneet Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden ja toimintasuuntien toteutumista.

Vuonna 2008 annettiin sisällöltään päivitetty Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, joka nosti iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ikääntymispolitiikan kärjeksi. Suosituksen toimeenpanon tueksi asetettiin Ikäneuvo-työryhmä, joka teki vuonna 2009 ehdotuksia iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Työryhmä kiinnitti huomiota siihen, että ehkäisevässä sosiaali- ja terveydenhuollossa on selvä palveluaukko. Lapsia hoidetaan neuvolassa, nuoret saavat palveluja kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon kautta ja työikäisten terveydestä huolehditaan työterveyshuollossa. Eläkeiän alkaessa suurin osa putoaa ehkäisevien sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ulkopuolelle. Työryhmä muun muassa ehdotti, että ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia edistävien neuvontapalvelujen rahoitusta vahvistetaan, jotta saadaan aikaan koko maan kattava neuvonta- ja palveluverkosto. Toiminnan mahdollisuuksia ehdotettiin varmistettavan myös lainsäädännössä, kun sosi-

aali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistetaan. Terveystalolakiin kirjattiin velvoite vanhuuseläkettä saaville henkilöille järjestettävästä neuvontapalveluista. Hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien ja palveluiden lisääminen saa pontta myös uudistuvan sosiaalihuollon lainsäädännön myötä – ennaltaehkäisyn periaate on yksi keskeinen uudistusta ohjaava periaate.

Palvelurakenteen muutokselle asetettiin laatusuosituksessa määrällisiä tavoitteita, joiden avulla pyrittiin vauhdittamaan palvelurakennemuutosta kotiin annettavia palveluita lisäten ja laitospalveluita vähentäen; muun muassa Ikäneuvo- ja Ikähoiva-työryhmissä paneuduttiin näihin kysymyksiin. Palvelurakenne on kuitenkin muuttunut hitaasti ja näyttäisi siltä, että nykyisen ohjausjärjestelmän aikaansaama muutos palvelurakenteissa on riittämätön vastaamaan kasvavan ikäihmisten joukon palvelutarpeisiin.

Terveystalouden edistämistä liikuntatoimissa kartoittavan kyselyn¹²⁸ mukaan vuonna 2009 ikääntyville kohdennettua liikuntaneuvontaa järjesti 72 prosenttia ja ikääntyneille kohdennettuja liikuntaryhmiä oli 85 prosentissa vastanneista kunnista. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä liikunnan edistämisen linjoista¹²⁹ on tavoite 'Ikääntyvät ylläpitävät omatoimisuutta, toimintakykyä, henkistä vireyttä ja sosiaalisia suhteita päivittäisen liikunnan avulla'. Tämä tavoite sisältyi kuntien liikuntatoimen toiminta- ja taloussuunnitelmiin 80 prosentissa kunnista vuonna 2009.

Terveystalouden 2015 -kansanterveysohjelmassa ikääntyneiden terveystalouden -toimintasuuntien mukainen toiminta on ollut monipuolista ja toiminta on vienyt kuntatason toimia kansallisia tavoitteita kohti. Hyvien käytäntöjen ja käytettävissä olevien työvälineiden tunnettuutta olisi tarpeen vahvistaa.

¹²⁸ Kulmala J, Saaristo V ja Ståhl T: Terveystalouden edistävä liikunta kunnissa, Perusraportti 2010. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:6.

¹²⁹ OPM. Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista. Julkaisuja 2009:17

8 HAASTEET TOIMIJOILLE JA NIIHIN VASTAAMINEN

8.1 KUNTIEN ROOLI ON KESKEINEN

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

14. *Kuntia tuetaan terveyden edistämisessä ja sen seurannan ja arvioinnin kehittämisessä, esimerkiksi osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia, tarjoamalla asiantuntemusta. Paikallisia, innovatiivisia kehittämishankkeita tuetaan myös valtakunnallisesti tähän toimintaan osoitetuilla määrärahoilla. Tasapuolisen ja laadukkaan terveydensuojelun turvaamiseksi kuntia tuetaan lisäämään keskinäistä yhteistoimintaa.*
15. *Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan asiantuntijalaitokset lisäävät kuntayhteistyötään ja vahvistavat tutkimus- ja kehittämistyönsä avulla kuntien mahdollisuuksia toteuttaa tämän ohjelman tavoitteita.*

8.1.1 Lainsäädäntö

Kansanterveyslaki (66/1972, muut.928/2005) velvoittaa kuntia huolehtimaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, sairaanhoito mukaan lukien. Lain 14 §:ssä määritellään tarkemmin kunnalle kuuluvista kansanterveystyön tehtävistä, joihin olennaisena osana kuuluu huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista. Lakia uudistettiin vuonna 2005 tavoitteena vahvistaa terveyden edistämisen asemaa laissa. Lakiin tuli muun muassa velvoite huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) vahvistaa edelleen terveyden edistämisen asemaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Laki tarkentaa ja vahvistaa kuntien ja alueiden tehtäviä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa sekä toimeenpanorakenteiden luomisessa ja laaja-alaisessa yhteistyössä. Kuntien poikkihallinnollisesti toteutettavan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta on terveydenhuoltolaissa merkittävä velvoite terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottamisesta kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päätöksenteossa ja ratkaisujen valmistelussa (11§). Päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin tulee arvioida ennakoon. Kuntien tulee myös seurata asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Seurantaa ja raportointia varten on valmisteltava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot tulee määritellä (12§). Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa, jonka sairaanhoitopiiri hyväksyy. Sairaanhoitopiirien tulee tarjota kunnille asiantuntemustaan terveyttä edistävässä työssä muun muassa järjestämällä koulutusta, tuottamalla terveystietoa sekä levittämällä hyviä käytäntöjä (36 §).

Kuntien vastuulla olevan ympäristöterveydenhuollon toimeenpanon tehostamiseksi ja toimintojen kehittämiseksi säädettiin **laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueista** (410/2009), joka tuli voimaan 14.6.2009. Lain mukaan kunnan on

kuuluttava yhteistoiminta-alueeseen. Yhteistoiminta-alueiden on aloitettava toimintansa viimeistään 1.1.2013. Sama yksikkö vastaa myös paikallisesta, kuntien vastuulla olevasta elintarvikevalvonnasta.

8.1.2 Oppaat ja suositukset

Aiemmissa luvissa mainittujen ohjelmien, oppaiden ja suositusten lisäksi on laadittu muun muassa seuraavia kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ohjaavia suosituksia ja oppaita.

Terveyden edistämisen laatusuosituksen¹³⁰ (2006) tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Terveyden edistämisen laatusuositus on tarkoitettu työvälineeksi niin terveydenhuollolle kuin kunnan muille hallinnonaloille, sekä päättäjille ja työntekijöille. Suositukset koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. Laatusuositusta on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1 Laatusuositukset ohjauksen välineenä.

Ympäristöterveyden erityistilanneopas 2000 ja sen uusi versio 2010¹³¹ Oppaan tarkoitus on toimia ympäristöterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon oppaana terveysvaaraa aiheuttavissa ympäristöperäisissä erityistilanteissa, määritellä kunnan tehtävät erityistilanteisiin varautumisessa ja opastaa tarkoituksenmukaiseen toimintaan näissä tilanteissa.

Koulurakennusten kosteus- ja homevauriot, Opas ongelmien selvittämiseen (2007)¹³² on katsaus kosteusvaurioista koulurakennuksissa ja se sisältää neuvoja, kuinka toimia epäiltäessä koulurakennusta kosteusvaurioituneeksi. Oppaassa kuvataan koulujen sisäilmaongelmiin liittyviä terveyshaittoja ja mikrobimittausten ja oirekyselyjen käyttöä korjausten onnistumisen arvioinnissa.

Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus -tukiaineisto (Stakes 2007) on tarkoitettu kuntien päättäjille ja perusturvajohdon tarpeisiin ohjaamaan ehkäisevän päihdetyön, päihdehoidon ja kuntoutuksen järjestämisessä.

Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa - Aineistoa suunnittelun tueksi¹³³ (2009) oppaaseen on koottu aineistoa tukemaan ehkäisevän mielenterveystyön suunnittelua ja strategian laatimista kunnissa.

Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle (2009)¹³⁴ oppaaseen on koottu aineistoa, joka auttaa kuntia kehittämään toimintaansa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Näkökulmia ovat asukkaiden ja kuntien työntekijöiden hyvinvointi ja terveys, kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä tukeva yhdyskuntasuunnittelu, johtaminen ja päätöksenteko sekä kuntatalous.

¹³⁰ Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.

¹³¹ Ympäristöterveyden erityistilanteet. Opas ympäristöterveydenhuollon työntekijöille ja yhteistyötahoille

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:2

¹³² Meklin T, Putus T, Hyvärinen A, Haverinen-Shaughnessy U, Lignell U ja, Nevalainen AKoulurakennusten kosteus- ja homevauriot - Opas ongelmien selvittämiseen. KTL2007.

¹³³ Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa - Aineistoa suunnittelun tueksi. Stakes. Kide 6. 2009.

¹³⁴ Hyvinvoiva ja Terve Kunta, Tukiaineistoa kuntajohdolle. THL. Kide 2008..

Hyvinvoiva ja terve kunta. Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. Tukiaineistoa kuntajohdolle (2010)¹³⁵ oppaassa esitetään ratkaisuja kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiseen ja toimeenpanorakenteisiin.

Hyvinvoiva ja terve kunta. Tieto päätöksenteon tukena. Tukiaineistoa kuntajohdolle (2011)¹³⁶ oppaaseen on koottu tietopohjaa asioita, joista on apua kunnassa muun muassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiatyössä ja toimintaympäristön analysoinnissa, terveydenhuoltolain mukaisessa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa, toimintasuunnitelman ja talousarvion tavoitteiden asettamisessa sekä niiden toteutumisen mittaamisessa.

Asumisterveysohje asuntojen ja muiden oleskelutilojen fysikaalisista, kemiallisista ja mikrobiologisista tekijöistä (STM:n oppaita 2003:1) sekä ohjeen soveltamisopas, (3. korj. p. 2009).

8.1.3 Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2008–2011) antoi kokonais kuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta ja nosti esiin keskeisimmät toimenpiteet, joihin suunnattiin Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten työpanosta ja muita kehittämistoiminnan resursseja. Kaste-ohjelman tavoitteet painottivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kunnissa. Päättävänä oli muun muassa, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee ja että hyvinvointi ja terveys lisääntyvät ja hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat. Yhtenä Kaste-ohjelman toimenpidekokonaisuutena oli luoda kuntiin ja alueille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet. Alueellisissa hankkeissa kehitettiin ja sovellettiin hallinnonalat ylittäviä hyvinvointijohtamisen ja toimeenpanon rakenteita ja malleja, kehitettiin sähköisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurannan ja arvioinnin työvälineitä päätöksenteon tueksi sekä vahvistettu ammatillista osaamista ja tehtiin tunnetuksi terveyden edistämisen hyviä toimintakäytäntöjä. Kaste-ohjelmaa on kuvattu tarkemmin luvussa 5.3 Muut kansalliset kehittämisohjelmat.

Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008–2011) yhtenä etenemisen suuntana oli terveyserojen kaventamistyön vahvistaminen kunnissa (ks. luku 5.3). Ohjelmaan tiivistettiin toimenpideehdotukset, jotka jäsennettiin seuraaviin kokonaisuuksiin: kunta- ja kuntapolitiikan keinot ja syrjäytymisen ehkäiseminen, elintapoihin vaikuttaminen, sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen sekä terveyserojen tietopohjan kehittäminen. Ohjelman toimeenpanovastuut määriteltiin toimeenpanosuunnitelmassa.

Tutkimus- ja kehittämishankkeita

Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK) -tutkimusta (KTL/THL) on toteutettu vuodesta 1978 lähtien. Väestökyselyyn perustuva tutkimus antaa tietoa aikuisvä-

¹³⁵ Hyvinvoiva ja terve kunta. Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. Tukiaineistoa kuntajohdolle. THL. Kide 2010.

¹³⁶ Hyvinvoiva ja terve kunta. Tieto päätöksenteon tukena. tukiaaineistoa kuntajohdolle. THL. Kide 2011.

estön elintapojen kehityksestä. Tuloksia hyödynnetään muun muassa arvioitaessa terveyspoliittisten toimien ja terveyden edistämishankkeiden vaikuttavuutta.

IKI-hyvä Päijät-Häme (Suomen Akatemia) on vuonna 2002 alkanut seurantatutkimus, jossa kuvataan ikääntymistä kymmenen vuoden aikana kolmessa ikäkohortissa. Ikihyvän tärkeä tehtävä on osoittaa terveyden ja hyvinvoinnin ongelma-alueita, ennakoita tulevaa ja auttaa suuntaamaan toimenpiteitä ongelmien ennaltaehkäisemiseen.

Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hankkeessa (2002–2009) kehitettiin Stakesin johdolla kuntien, seutukuntien ja alueiden kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakennemalli, johon kuuluu terveyden edistämisen tietopohjan luominen, johtamisen käytännöt ja työvälineet, strateginen sitoutuminen, toimeenpanorakenteet, terveyden edistämisen hyvät käytännöt ja osaamisen vahvistaminen. Kehittämistyötä ja käytäntöjen sekä toimintamallien levittämistä on jatkettu vuosina 2008–2011 Kaste-rahoitteisena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita kehittävässä Terveempi Pohjois-Suomi-, Kanerva-Kaste-, Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveystalvet – kehittämisrakenne ja toimintamalli sekä Etelä-Suomen terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen -hankkeissa.

Ihmiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)-menetelmä kehitettiin Stakesissa vuosina 2003–2007 yhteistyössä kuntien kanssa päätöksenteon ennakkoarvioinnin työkaluksi. Kehittämistyötä ja käytäntöjen sekä toimintamallien levittämistä on jatkettu terveyden edistämisen määrärahan turvin ja vuosina 2008–2011 KASTE-rahoitteisena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin keskittyvissä hankkeissa.

Vuonna 2003 käynnistyneessä **Terveys 2015 -kuntaprojektissa** (Stakes/THL) seurataan ja tuetaan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman sekä siihen liittyvien ohjelmien tavoitteiden toteutumista kunnissa, alueellisesti ja kansallisesti. Projektin keskeisinä kohderyhmiä ovat olleet kunnalliset viranhaltijat, päätösten valmistelijat, esittelijät ja luottamushenkilöt. Päättävänä on ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisten linjausten vieminen päätöksentekoon sekä käytäntöön ja kuntien hyvinvointiosaamisen vahvistaminen. Toimintamuotoja ovat olleet valtakunnalliset ja alueelliset tilaisuuksien ja viestinnän eri muodot. Terve Kunta -verkosto toimii pilottiryhmänä ja kaksisuuntaisena viestintäkanavana kunnallisen ja kansallisen tason välillä.

Ympäristöterveydenhuollon alueellinen yhteistoimintakokeilu, YTAKE toteutettiin vuosina 2003–2007. STM:n ja MMM:n rahoittaman yhteistyöhankkeen tarkoituksena oli arvioida seudullisesti tai alueellisesti järjestetyn ympäristöterveydenhuollon toimivuutta käytännössä ottaen huomioon maan eri alueiden erilaiset väestöpohjat ja tuotantorakenteet. Hankkeen tulosten perusteella valmisteltiin laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta 12.6.2009/410.

Sosiaali- ja terveysministeriön tuella toteutettiin vuosina 2005–2009 kolme mielen-terveys- ja päihdetyön kärkihanketta: **Pohjanmaa-hanke** (Vaasan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet Botnia), **Vantaan Sateenvarjohanke** (Vantaan kaupungin, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja alkuvaiheessa myös Keravan kaupungin yhteistyönä toteutettu) ja **Lapin mielen-terveys- ja päihdehankkeet** (Lapin shp). Hankkeissa kehitettyjä ja käyttöönotettuja toimintamalleja on testattu juurrutettaviksi edelleen osaksi kuntien mielen-terveys- ja päihdetyötä. Kehittämistyötä ja käytäntöjen sekä toimintamallien levittämistä on jatkettu vuosina 2008–2010 KASTE -rahoitteisina hankkeina: Väli-Suomessa Välittäjä -hanke, Etelä-Suomessa Etelä-Suomen päihde- ja mielen-terveystyön kehittämishanke.

Paikallinen alkoholipolitiikka (Pakka) -hanke (2004–2007) kehitti osana Alkoholihoitoa paikallisen tason toimintamallin, jolla säännellään alkoholijuomien paikallista saatavuutta estämällä alkoholijuomien myynti, anniskelu ja välittäminen alaikäisille ja selvästi päihtyneille. Malli perustuu vähittäiskaupan vastuullisen myynnin ja ravintoloiden vastuullisen anniskelun edistämiseen. Mallin arvioinnista saatujen tulosten mukaan humalaisille anniskelu väheni ja ravintoloissa tapahtuneet väkivalta-tapaukset ja nuorten miesten päivystyspoliklinikalla käynnit vähenivät. Alueelliset päihdeyhdyshenkilöt ovat levittäneet Pakka-toimintamallia edelleen.

Ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön strategiatyötä ja hyviä toimintakäytäntöjä kunnissa on tuettu Stakesin tuottamalla tukiaineistolla päihdestrategian laatimiseen (päivitetty 2006) ja ehkäisevän mielenterveystyön suunnitteluun (2009). Stakes/ THL on tukenut Ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön hyvien käytäntöjen tunnistamista, kuvaamista ja levittämistä THL:n koordinoiman päihde- ja mielenterveystyön hyvää käytäntö oppimisverkostotoiminnan kautta. Vuonna 2007 käynnistynyt oppimisverkoston toiminta jatkuu osana Innokylä -hankkeen toimintaa.

Terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa -hanke (2008–2010) edisti ammattiin opiskelevien, koulutuksen järjestäjien, kuntien ja kuntayhtymien ja valti-onhallinnon tietämystä ammattiin opiskelevien terveydestä ja terveyden taustateki-jöistä sekä terveyden edistämisen käytännöistä ja toimintamalleista. Hankkeen kes-keisiä työtapoja olivat yhteistyöverkostoissa toimiminen, työpajat, kouluttaminen ja luennot.

Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi (TEVA) -hankkeessa (2008–2012) mallinnetaan Stakesin/THL:n johdolla yhteistyössä kuntien eri hallinnonalojen asiantuntijoiden kanssa terveyttä edistävän työn taloudellista arviointia kunnassa. Tehtävänä on määritellä eri hallinnonaloilla tapahtuva terveyttä edistävä työ, mallin-taa kustannusten laskenta sekä määritellä ja arvioida tuotokset ja toiminnan vaikutuk-set.

Työterveyslaitos on käynnistänyt (2009–2012) kehittämisintervention **kunnallisen työterveyspalvelujen alueelliseksi kehittämiseksi Keski-Suomessa**. Hankkees-sa kehitetään myös työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyökäytänteitä.

Väestökyselyyn perustuva THL:n toteuttama **Alueellinen terveys- ja hyvinvointi-tutkimus (ATH)** tuottaa väestöryhmäkohtaista tietoa elin- ja työoloista ja hyvinvoin-nista, terveydestä, toiminta- ja työkyvystä, elintavoista ja palvelujen käytöstä. Vuonna 2010 käynnistynyt tutkimus antaa kunnille ja kuntayhtymille mahdollisuuden seurata asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimenpanoa tukevan THL:n Mielen Tuki -hankkeen (2010–2015) tarkoituksena on tukea kuntien mielenterveys- ja ehkäisevää päihdetyötä. Tavoitteena on että kunnan mielenterveys- ja päihdesuunni-telmat ovat osa kunnan hyvinvointistrategiaa.

THL on tehostanut kuntien kanssa tehtävää yhteistyötä **vesihuollossa**. Kuntia on tuettu vesiepidemioissa ja vesiongelmatilanteissa, tehty tutkimusyhteistyötä, järjestet-ty koulutusta, tehty verkkoon yhteenvedot talousveden laadusta ja valvonnasta ja pidetty yllä informatiivisia verkkosivuja. **Sisäilmaongelmista** on laadittu oppaita, annettu koulutusta, neuvontaa ja konsultaatioita ja kehitetty menetelmiä kuntien ter-veysvalvonnan tarpeisiin.

Tietoportaalit

Kouluterveyskysely (www.thl.fi/kouluterveyskysely) kokoaa tietoa nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. Kouluterveyskyselyn tulokset tukevat nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehtävää työtä oppilaitoksissa ja kunnissa. Kyselyyn vastaavat peruskoulujen 8. ja 9. luokan oppilaat sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Vertailukelpoisia tietoja on kerätty peruskouluissa vuodesta 1996, lukioissa vuodesta 1999 ja ammatillisissa oppilaitoksissa vuodesta 2008 alkaen. Vuosittain kyselyyn vastaa noin 100 000 nuorta. Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset ja maakuntakohtaiset tulokset ovat saatavilla verkkosivuilla; kuntien ja koulujen tulokset ovat maksullisia.

SOTKANet (www.sotkanet.fi) sisältää kattavasti tilastotietoja, jotka kuvaavat väestöä, kunnallistaloutta, perheitä, asumista, sairastavuutta, lääkkeiden käyttöä, kuolleisuutta, palveluiden käyttöä sekä terveydenhuollon laitos- ja avohoittoa. THL:n tietojen lisäksi SOTKANetiin on koottu tietoja myös muilta keskeisiltä sosiaali- ja terveysalan tiedontuottajailta kuten Tilastokeskuksesta, Kelasta ja Työterveyslaitokselta. Tietokantaan päivitetään uusimmat saatavissa olevat tiedot. Palveluun on koottu myös keskeisiä Euroopan maiden tasolla saatavia väestö- ja terveystietoja.

TerveSuomi-portaali kehitettiin vuosina 2005–2009 (KTL/THL) tukemaan kansalaisten luotettavan terveystiedon saamista internetistä. Portaali avattiin huhtikuussa 2009, mutta sen ylläpito lopetettiin seuraavana vuonna rahoituksen puuttuessa. TerveSuomi-hankkeessa kehitettyjä menetelmiä ja terveystiedon tuotannon organisointia STM:n hallinnonalalla jatketaan osana SADe-ohjelman Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuutta.

TEAvisari-verkkopalvelu (www.thl.fi/teaviisari) tarjoaa tietoa kuntien terveydenedistämisasiivisuudesta (TEA). Vuonna 2011 kunnan terveydenedistämisasiivisuutta voi tarkastella perusterveydenhuollossa, peruskouluissa, terveysliikunnan edistämässä ja kuntajohdon toiminnassa. Avoin verkkopalvelu tukee kuntien ja alueiden terveyden edistämistyön arviointia, suunnittelua ja johtamista. TEAvisaria ja kunnan eri hallinnonalojen terveyden edistämistoiminnan mittaamista ja raportointia on vuodesta 2006 lähtien kehitetty Terveystiedon edistämisen vertailutieto (TedBM) -hankkeessa (Stakes ja THL).

ProMenPol-tietokannassa on yli 400 mielenterveyden edistämisen työkalua, jotka koskevat kouluja, työpaikkoja ja ikääntyneiden asumispalveluja. Stakes/THL osallistui EU-hankepartnerina mielenterveyden edistämisen käytäntöjen Pro-MenPol-tietokannan kehittämiseen vuosina 2007–2009.

Terveystemme.fi-sivusto (www.terveytemme.fi) tarjoaa keskeisiä tilasto- ja seurantatietoja väestön terveydestä alueittain ja väestöryhmittäin. KTL/THL on kehittänyt ja ylläpitänyt sivustoa vuodesta 2008 lähtien.

AvoHILMO (www.thl.fi/avohilmo) tarjoaa ajantasaista tietoa palvelujen käytöstä, hoidon saatavuudesta, työnjaosta ja hoitamisen käytännöistä, väestön terveysongelmista, epidemioiden leviämisestä ja terveyden edistämisen palveluista. AvoHILMO-tiedonkeruussa jokaisesta perusterveydenhuollon avohoitokäynnistä poimitaan määritellyt tiedot, jotka siirretään sähköisesti THL:ään. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä laajentui kattamaan perusterveydenhuollon avohoidon vuonna 2011.

Muita verkkopalveluita

Kasvun kumppanit (www.thl.fi/kasvunkumppanit) on suunnattu neuvolan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä varhaiskasvatuksen ammattilaisille sekä päätöksentekijöille.

Kaventajassa (www.thl.fi/kaventaja) on saatavilla tietoa hyvinvointi- ja terveys-eroista, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä keinoja erojen kaventamiseksi.

Neuvoa-antavat (www.thl.fi/neuvoa-antavat) tarjoaa tietoa, työvälineitä ja ajan-kohtaista keskustelua päihdeaiheista päihdetyötä tekeville.

Piste tapaturmille! (www.thl.fi/pistetapaturmille) sisältää tietoa ja työvälineitä ammattilaisille koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn sekä turvallisuuden edistämiseen.

8.1.4 Muut toimenpiteet

Kuntien ja alueiden terveyden edistämisen vahvistaminen

Valtioneuvosto korosti toiminnan linjauksissaan kuntayhteistyön vahvistamista hallinnonalan laitosten toiminnassa. Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon tukemisessa nähtiin tarpeelliseksi tukea kuntia ja alueita hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, palveluiden kehittämisessä ja tutkimustulosten hyödyntämisessä. Stakes teki jo tuolloin vuorovaikutteista kuntayhteistyötä monella alueella. Kehittämistyötä tehtiin muun muassa lasten ja nuorten palvelujen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen, ikäihmisten palvelujen sekä kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden, johtamisen ja hyvien käytäntöjen kuten varhaisen tuen mallien kehittämisessä sekä seurannan työvälineiden ja verkostotyön mallien kehittämisessä. Kuntapalvelut kehittivät sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmiä kuntien ja kuntayhtymien kanssa. Kansanterveyslaitos vahvisti omaa toimintaansa erityisesti interventiotutkimuksen ja hyvien käytäntöjen kehittämistyössä sekä lasten ja nuorten palvelujen sisällön, seurannan ja arvioinnin työvälineiden kehittämisessä.

Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhdistyessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL) vuoden 2009 alussa uuteen laitokseen tuli yhdeksi neljästä toimialasta Sosiaali- ja terveyspalvelut toimiala, jossa on kolme osastoa; Lapset, nuoret ja perheet -osasto, Mielenterveys- ja päihdepalvelujen -osasto sekä Palvelujärjestelmät -osasto. Näiden kaikkien osastojen tehtäviin kuuluu kehittämissyhteistyö kuntien ja alueiden kanssa sekä tutkimus ja tulosten välittäminen kehittämistyön käyttöön viestinnän keinoin. THL:n yleisenä tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen.

Terveydensuojelu, valvonta ja ohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskukseen (nykyisin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira) perustettiin vuonna 2003 terveydensuojelun asiantuntijayksikkö. Valvira ohjaa kuntien terveydensuojeluviranomaisia terveydensuojelulain toimeenpanon valvonnassa. Asiantuntijuusalueita ovat muun muassa talo-

us-, uima- ja allasvesi, vesimikrobiologia, jätehuolto, asumisterveys mukaan lukien sisäilma sekä ympäristöterveydenhuollon kehittämishankkeet.

Terve Kunta -verkosto

Terve Kunta -verkosto perustettiin vuonna 1996 Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 -kuntaohjelman päättyessä. Kunnat sitoutuvat verkostoon kunnanhallituksen päätöksellä ja verkoston toimikaudet ovat valtuustokauden mittaisia. Verkoston jäsenmäärä on ollut hienoisessa kasvussa koko toiminnan ajan. Vuonna 2011 mukana oli 15 kuntaa, kaksi yhteistoiminta-alueita ja yksi maakunta. Verkoston toiminta-alueen väestöpohja on noin miljoona. Toiminnan yleisiä painoalueita ovat olleet Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon tukeminen kunnissa, hyvinvointia ja terveyttä edistävien työmuotojen, strategioiden ja johtamisen kehittäminen ja arviointi sekä WHO:n Healthy City -kansallisten verkostojen yhteistyö. Terve Kunta -verkosto on ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen edelläkävijä monessa asiassa. Erityisiä kehittämisen kohteita ovat olleet muun muassa terveyserojen kaventaminen, hyvinvointi-indikaattoreiden kehittäminen ja hyvinvointikertomuksen mallintaminen, terveyden edistämisen laatusuosituksen valmisteluun osallistuminen, hyvinvointiin vaikuttamisen näkyväksi tekeminen ja työvälineiden kehittäminen kouluissa, terveyttä edistävä yhdyskuntasuunnittelu, terve ikääntyminen ja liikunnan edistäminen. Terve Kunta -verkosto on toiminut kansallisena terveyden edistämisen eräänlaisena pilottiforumina ja vuorovaikutteisen informaation välittäjänä.

Terveyden edistämisen valtakunnallisia seminaareja

Stakes järjesti Terve Kunta -päivät kaksitoista kertaa (1997–2009). Terve Kunta -päivät kohdennettiin erityisesti kuntien ja alueiden viranhaltija- ja luottamushenkilöjohdolle, eri hallinnonalojen asiantuntijoille, järjestöille ja koulutusorganisaatioille. Terve Kunta -päivien teemat kohdentuivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden luomiseen, vahvistamiseen ja juurruttamiseen. Sisällölliset teemat kattoivat erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjan ja seurantajärjestelmien kehittämisen, monialaisen johtamisen ja toimeenpano-organisaation mallintamisen ja arvioinnin, hyvien toimintakäytäntöjen kehittämisen ja mallien tunnetuksi tekemisen, osaamisen vahvistamisen sekä seurannan ja arvioinnin tuomisen osaksi jokapäiväistä terveyden edistämisen päätöksentekoa kunnissa. Vuonna 2011 Terve Kunta -päivät yhdistettiin osaksi THL:n TERVE-SOS-tapahtumaa, jossa tätä teemaa toteutetaan Terve Kunta -ohjelmakokonaisuutena.

Muita terveyden edistämisen valtakunnallisia seminaareja ovat **Kansanterveyspäivät** sekä **Terveyden edistämisen ajankohtaispäivät**. THL:n järjestämät Kansanterveyspäivät on tarkoitettu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille, perusterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille, maakuntien, sairaanhoitopiirien ja koulutusorganisaatioiden edustajille, järjestötoimijoille sekä alueiden terveyden edistämisen toimijoille yli hallinnonalojen. Terveyden edistämisen ajankohtaispäivää on vuosittain järjestänyt Terveyden edistämisen keskus (Tekry) yhdessä eduskunnan terveyden edistämisen ryhmän, Kuntaliiton, THL:n ja STM:n kanssa.

Aluehallintovirastot ja Stakes julkaisivat vuosina 2003–2008 kaksi kertaa vuodessa **Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen EST-lehteä**. EST-lehti jaettiin kuntien päättäjille aluehallintovirastojen kautta. Lehti tuki Terveys 2015 -ohjelman toimeen-

panoa. Se toimi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintapolitiikan ja hyvien käytäntöjen tunnetuksi tekijänä ja juurruttajana.

Aluekierrokset

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt yhdessä alaistensa laitosten, Kuntaliiton ja lääninhallitusten (myöhemmin aluehallintovirastojen) kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon linjausten, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden ja keinojen tunnetuksi tekemiseksi sekä lainsäädännön toimeenpanon tukemiseksi alueellisia seminaaritilaisuuksien sarjoja.

Terveyden edistämisen aluekierroksia tehtiin peruspalveluministeri Liisa Hyssälän johdolla vuonna 2006 (25 tilaisuutta) ja peruspalveluministeri Paula Risikon johdolla vuonna 2009 (11 tilaisuutta). Näiden lisäksi on järjestetty laajamittaisia, alueellisia koulutustilaisuuksia muun muassa lastenneuvola-oppaan (2003), lastensuojelulain (2008), neuvolatoimintaa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen (2009) sekä terveydenhuoltolain (2011) toimeenpanon tukemiseksi. Terveyden edistämisen aluekierrosten tilaisuuksiin on kutsuttu kuntien luottamushenkilöjohdon, yleisjohdon ja eri toimialojen edustajien lisäksi paikallisten järjestöjen ja koulutusorganisaatioiden edustajia.

Laitosten ja järjestöjen yhteistyötä on vahvistettu monella tavalla alueellisessa toiminnassa ja kuntatyössä. Terveyden edistämisen keskus (Tekry) on ollut aktiivinen yhteistyökumppani muun muassa seminaarien järjestämisessä, viestinnässä ja paikallisen järjestötyön tukemisessa.

8.1.4 Kuntien ja järjestöjen hankerahoitus

Vuonna 2010 kunnille myönnetty terveyden edistämisen määräraha oli 1 822 000 euroa. Järjestöille myönnettiin 468 000 euroa, jonka lisäksi RAY rahoitti järjestöjen terveyden edistämisen hankkeita noin 3 200 000 eurolla. Vuonna 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen omien terveyden edistämisen hankkeiden rahoitus, 2 000 000 euroa, siirrettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen talousarvioon eikä niitä enää rahoitettu terveyden edistämisen määrärahasta. Tämän tarkoituksena oli luoda parempia edellytyksiä laitoksen pitkäjänteisemmälle kuntia palvelevalle tutkimus- ja kehittämistyölle. Rahoitusta on kuvattu tarkemmin luvussa 6 Terveys 2015 -ohjelman rahoitus.

8.1.5 Yhteenveto

Terveys 2015 -ohjelman toteutumisen kannalta kuntatyössä voidaan yhtenä keskeisimpänä toimenpiteenä pitää kansanterveyslain uudistamista vuonna 2005 (928/2005), jolloin lakiin lisättiin velvoite yhteistyön tekemisestä muiden kunnassa toimivien tahojen kanssa, terveysnäkökohtien huomioiminen kunnan kaikessa toiminnassa sekä terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta väestöryhmittäin. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) vahvistaa monella tavalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kunnissa ja kuntayhtymissä. ”Terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottaminen” (11 §) ja ”Terveyden ja hyvinvoinnin edistämien kunnassa”

(12 §) nostavat terveyden edistämisen strategista painoarvoa ja velvoitetta kunnan toiminnassa.

Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon toteutumista on arvioitu kuntien eri hallinnonaloille tehtyjen kyselyjen perusteella. Kuntajohdolle suunnattu kysely on tehty vuosina 2004¹³⁷, 2007¹³⁸ ja 2011¹³⁹. Lisäksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuutta kuntatyössä selvitettiin vuonna 2007¹⁴⁰ haastattelututkimuksen avulla. Vuonna 2008 avattu kyselyihin perustuva kuntien toimialakohtainen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä, verkkopalveluna toimiva TEAviisari, kertoo tällä hetkellä perusterveydenhuollon, perusopetuksen, liikuntatoimen ja kuntajohdon terveyden edistämisen aktiivisuudesta. Vertailutietoja on perusterveydenhuollosta vuosilta 2008 ja 2010 sekä perusterveydenhuollon perusraportissa¹⁴¹ myös vuodelta 2005, perusopetuksesta lukuvuodelta 2008–2009¹⁴², liikuntatoimesta 2010¹⁴³ ja kuntajohdosta vuodelta 2011, jonka perusraportissa¹⁴⁴ on tietoja myös vuosilta 2004 ja 2007.

Vuonna 2007 tehtyjen haastattelujen mukaan kansanterveyslain uudistuksen (928/2005) velvoitteita oli kunnissa käsitelty lähinnä sosiaali- ja terveystoimessa. Vuoden 2011 kuntajohtajakysely osoittaa, että yhteistyö kolmannen sektorin ja järjestöjen kanssa toimii kunnassa aiempaa paremmin. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen poikkihallinnollinen työ on yleistymässä kunnissa. Esimerkiksi kuntien omat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät/hyvinvointiryhmät ovat selvästi yleistyneet vuodesta 2004.

Vuoden 2011 kuntajohtajakyselyn mukaan väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakoarviointia suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa käytti joillakin toimialoilla kolmasosa ja kaikissa kunnan toiminnoissa viisi prosenttia vastanneista kunnista.

Vuoden 2011 kuntajohtajakyselyn mukaan kuntastrategiaan terveyserojen kaventaminen oli kirjannut tavoitteeksi kolmannes vastanneista kunnista. Kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaan tämän tavoitteen oli kirjannut 37 prosenttia kunnista. Lähes kaksi kolmasosaa vastanneista ilmoitti, että terveyserojen kaventamista ei ole kirjattu kuntastrategiaan eikä talous- ja toimintasuunnitelmaan. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista kunnista oli laatinut erillisen hyvinvointistrategian; näistä noin neljänneksestä puuttui terveyserojen tavoite.

Terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta on edelleen haasteellista kunnan eri toimialoille, ei ainoastaan kansanterveystyöstä vastaavalle taholle. Tämän osoittaa vuonna 2009 kouluilta, vuonna 2010 liikuntatoimilta ja terveystakeskuksilta sekä vuonna 2011 kuntajohdolta kerätyt tiedot. Terveystakeskuksista noin 60 prosenttia seurasi säännöllisesti väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä, mutta vain alle kolmannes raportoi niistä toimintakertomuksissa ja alle 20 prosenttia luottamus-

¹³⁷ Poikajärvi K ja Perttilä K., Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöiden kyselystä 2004. Stakes. Työpapereita 4/2006. Helsinki.

¹³⁸ Wilsman K, Ståhl T, Muurinen S ja Perttilä K., Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakes. Työpapereita 16/2008. Helsinki.

¹³⁹ Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V ja Vuori M. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL Raportti 55/2011.

¹⁴⁰ Muurinen S, Perttilä K ja Ståhl T Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakes.

¹⁴¹ Rimpelä ym. Terveyden edistäminen terveystakeskuksissa 2008. THL. Raportti 19/2009.

¹⁴² www.thl.fi/teaviisari

¹⁴³ www.thl.fi/teaviisari

¹⁴⁴ Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V ja Vuori M (2011) Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011.

henkilöhallinnolle¹⁴⁵. Suuri osa (70 prosenttia) kouluista seurasi vuonna 2009 kiusaamisen yleisyyttä sekä tupakointia ja alkoholin käyttöä koulun aikana. Sen sijaan luokkayhteisön tai kouluyhteisön terveydentilaa kuvaavan yhteenvedon koululaisten terveystarkastuksista laati vain alle 10 prosenttia kouluista.¹⁴⁶ Vastaavasti vähintään neljän vuoden välein kuntalaisten liikunta-aktiivisuutta ilmoitti seuraavansa 31 prosenttia kuntien liikuntatoiminnasta vastaavista tahoista ja lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta ilmoitti seuraavansa 45 prosenttia kunnista. Sen sijaan ainoastaan 21 prosenttia kunnista ilmoitti raportoivansa tiedot toimintakertomuksessa.¹⁴⁷ Vuonna 2011 kuntien johtoryhmissä seurattiin selvästi yleisimmin väestön elinolojen kehitystä. Elinolojen muutoksia seurasi 73 prosenttia, elinympäristön terveellisyyttä 60 prosenttia, elintapoja 37 prosenttia, elämänhallintaa 29 prosenttia vastanneista kunnista.

Kyselyjen mukaan vuonna 2005 uudistetun kansanterveyslain velvoitteet eivät olleet kattavasti tavoittaneet kuntia ja niiden keskeisiä toimijoita. Siitä huolimatta, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on kunnissa tapahtunut myönteistä kehitystä vuosien 2007 ja 2011 välillä, tarvitsee kaikki kansanterveyslain ja terveydenhuoltolain hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskeisten velvoitteiden toteuttaminen vielä vahvistusta kunnissa.

Miten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa on käsitelty terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnoissa ja johtoryhmissä? TEAviisari pisteyttää käsittelyn sen mukaan, onko ohjelma jaettu tiedoksi, esitelty vai käsitelty niin että se on johtanut päätöksiin. Vuonna 2010 terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa käsittelystä saatu pistemäärä oli 46 ja terveyskeskuksen johtoryhmässä 63 (maksimi 100). Kun ohjelman toteutusta tarkastellaan tavoitekohtaisesti, luvut kasvavat. Tavoitteiden esiintyminen terveyskeskusten toiminta- ja taloussuunnitelmissa jakaantui seuraavasti: lasten hyvinvointi ja terveydentila paranee (94 pistettä/100 maksimipisteet), lasten turvattomuus vähenee (83/100), nuorten tupakointi vähenee (83/100), nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö eivät ole yleisempiä kuin 1990-luvulla (76/100), nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee (44/100), työikäisten työ- ja toimintakyky paranee (81/100), työikäisten työelämän olosuhteet paranevat (57/100), yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee (93/100), tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen säilyy (91/100) ja väestöryhmien väliset terveyserot pienenevät (83/100).

Kuntajohtoon kyselyn mukaan kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuonna 2011 Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kolme useimmin esiintyvää tavoitetta olivat lasten hyvinvoinnin ja terveyden tila paranee (91 pistettä/100), yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee (89/100) ja lasten turvattomuus vähenee (85/100). Kaikkein vähiten suunnitelmissa esiintyi tavoite nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee (29/100).

Johtopäätöksenä voi todeta, että vaikka Terveys 2015 -kansanterveysohjelma ei esiinny läheskään kattavasti kuntien asiakirjoissa, ohjelman sisältämät tavoitteet ovat keskeisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita kunta- ja poliitiikassa.

¹⁴⁵ Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ja Ståhl T (toim.) (2009) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008.

¹⁴⁶ Rimpelä M, Fröjd S ja Peltonen H (toim.) (2010) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009 : Peruseräraportti.

¹⁴⁷ Kulmala J, Saaristo V, Ståhl T (2011). Terveystta edistävä liikunta kunnissa: Peruseräraportti 2010.

Terveyden edistämisen keskuksen (Tekry) joka toinen vuosi tekemän terveyden edistämisen barometrin¹⁴⁸ tulokset osoittivat vuonna 2010, että kuntalaisten ja päättäjien näkemykset eivät kohtaa. Kuntalaisten osallisuus ja kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista ovat tärkeitä tekijöitä terveyden taustalla. Järjestöjen vastauksissa näkyi huoli Suomen talouskehityksestä ja sen heikompiosaisten asemaa heikentävistä vaikutuksista. Huolena olivat erityisesti sosioekonomiset terveyserot ja terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyyn tulosten näytön hankaluus.

8.2 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

16. *Terveydenhuoltoa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen tai sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä.*
17. *Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitetään siten, että kaikilla on sosioekonomisesta asemasta tai syntyperästä huolimatta mahdollisuus saada ymmärrettävää tietoa oikeuksistaan ja myös vastuustaan terveydenhuollossa sekä yleistä tietoa terveydestä ja sen edistämisestä, sekä mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon.*
18. *Terveyden edistämisen näkökulma otetaan nykyistä paremmin huomioon kaikissa terveyspalveluissa, mihin pyritään myös työpaikoilla henkilöstöä kehittämällä. Riittävät voimavarat terveyden edistämistoimintaan ja terveydensuojeluun turvataan väestön tarpeiden mukaisesti, myös järjestettäessä palvelut ostopalveluina.*
19. *Kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvan valtion rahoituksen perusteita tarkistetaan siten, että siinä otetaan huomioon myös kunnan toimenpiteet asukkaiden terveyden edistämiseksi.*

8.2.1 Lainsäädäntö

2000-luvulla tehtyjen selvitysten mukaan neuvolatoiminnassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on suuria alueellisia eroja. Lastensuojelulasten määrä on jatkuvasti kasvanut ja heidän ongelmansa ovat syventyneet. **Lastensuojelulaki (417/2007)** ja **neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskeva asetus (380/2009)** ovat lainsäädännöllisiä toimenpiteitä, joilla näihin ongelmiin on puututtu.

Kansanterveyslakiin lisätty pykälä hoitoon pääsyn turvaamisesta (855/2004) määrittää sen, minkä ajan kuluessa kuntalaisen on päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiireettömään tutkimukseen tai hoitoon. Hoidon tarpeen arvioi ter-

¹⁴⁸ Parviainen H, Hakulinen H, Koskinen-Ollonqvist P, Forsman O, Huhta H ja Ruohonen A. Terveyden edistämisen barometri 2010, Ajankohtaiskatsaus järjestöjen ja kuntien terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2010. Helsinki.

veydenhuollon ammattihenkilö. Lisäksi kansanterveyslain 14 §:ssä määritellään tarkemmin kunnalle kuuluvista kansanterveystyön tehtävistä, joihin olennaisena osana kuuluu muun muassa seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena on muun muassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpito, väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Selvä painotus perusterveydenhuollon vahvistamiseen korostaa yhtäläisiä palveluja. Lain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Lisäksi Kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Laki velvoittaa samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvia kuntia laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 §:n mukaan potilaan tulee saada terveyskeskuksen aukioloaikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen; terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaalle hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta; tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu; kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä.

Terveydenhuoltolain mukaan erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi (52 §) on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai tutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Tarpeellinen hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä (1.5.2009–31.12.2011, jatkoaika 30.6.2012) selvittää sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenteen, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarpeen. Tavoitteena on uudistaa sosiaalihuollon lainsäädäntöä niin, että sosiaalihuolto tukee ja vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista sekä ehkäisee sosiaalisten ongelmien syntymistä ja lisääntymistä; sosiaalipalvelujen saatavuus, asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus paranevat ja palvelut tuotetaan nykyistä tehokkaammin; sosiaalihuollon ja sen erityispalvelujen sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyö vahvistuu ja sosiaalihuollon edellytykset yhteistyöhön työ-, asunto- ja opetusviranomaisten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa paranevat.

8.2.2 Oppaat ja suositukset

Terveyden edistämisen laatusuositus (2006) jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukee kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Terveyden edistämisen laatusuositus on tarkoitettu työvälineeksi terveydenhuollolle ja kunnan muille hallinnonaloille, sekä päättäjille ja työntekijöille. Suositukset koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. Laatusuositusta on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1 Laatusuositukset ohjauksen välineenä.

THL:n ja Suun terveydenhuollon -kehittämishankeen (Suhät), laatima oppaan **Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen, opas neuvoloille** (2009)¹⁴⁹, tarkoituksena on neuvolan ja suun terveydenhuollon yhteistyön helpottaminen ja lisääminen.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille¹⁵⁰ (2009) tavoitteena on helpottaa nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista. Se tarjoaa mittareita erilaisten riskien arviointiin sekä käytännönläheisiä neuvoja ehkäisytyöhön.

8.2.3 Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi¹⁵¹ (2001–2007) kehittämistyön tavoitteena oli turvata perustuslain säätämällä tavalla terveyspalvelujen saatavuus kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti. Tarkoituksena oli taata potilaalle riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Uudistusten avulla oli tarkoitus varmistaa palveluiden jatkuvuus, oikea-aikaisuus, turvallisuus ja laatu, edistetään eri toimijoiden yhteistyötä ja kannustetaan kustannustehokkuuteen. Lisäksi kehittämistyötä oli tarkoitus toteuttaa siten, että rahoitus säilyy veropohjaisena, kuntien eriarvoisuus vähenee, järjestelmän läpinäkyvyys lisääntyy ja toiminnan vaikuttavuus paranee. Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon kannalta terveydenhuoltohankkeessa ei tapahtunut merkittävää uutta. Kansallista projektia on kuvattu tarkemmin luvussa 5.3 Muut kansalliset kehittämisohjelmat.

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa (2008–2011) tavoitteena on muun muassa parantaa laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen saatavuutta, lisätä asiakaskeskeisyyttä ja valinnanvapautta sekä vahvistaa terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä. Toimiva terveyskeskus -ohjelmassa yksi keskeisiä toimenpiteitä on omahoidon vahvistaminen, mikä on myös osa pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia. Omahoito korostaa potilaan vastuunottoa terveydestään ammattilaisen tuella. Omahoidon tueksi on tuotettu materiaalia.

Kaste-ohjelman hankkeet (2008–2011) levittävät omahoidon työtapoja ja työkaluja. Erityisesti seuraavissa hankkeissa tuetaan pitkäaikaissairauksissa potilaan muut-

¹⁴⁹ Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen. Opas neuvoloille. Suun terveydenhuollon kehittämishanke 2009. THL 2009.

¹⁵⁰ Aalto M. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen : Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. THL 2009. Helsinki.

¹⁵¹ Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM. Työryhmämuitioita 2002:3.

tuva roolia, hoidon tavoitteiden asettamista ja sitoutumista yhdessä sovittuun: **KYTKE – Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumatomaan hoito- ja palveluketjuun -hankkeen** tavoitteena on ollut 1) muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja kotona tapahtuvan hoidon osuus toteutuksessa lisääntyy nykyisestä 2) vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa ja osaamista 3) lisätä eri organisaatioiden yhteistyötä ja osaamisen vaihtoa 4) hioa keskeisten, paljon resursseja vaativien prosessien toimivuutta niin, että saavutetaan selviä konkreettisia kustannussäästöjä, käyttäen pohjana terveyshyötymallia 5) synnyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön strukturoitu malli, jossa on sovittu optimaalinen työnjako, tiedonkulku, osaaminen, konsultaatiot ja eri toimijoiden roolit ja 6) ottaa käyttöön uutta informaatioteknologiaa tiedonkulun parantamiseksi (suojattu sähköposti, videopuhelin, omahoitoalusta), tiiviissä yhteistyössä alueella toteutettavien muiden kehittämishankkeiden kanssa. **POTKU – Potilas kuljettajan paikalle -hankkeen** tavoitteena on ollut 1) kehittää terveyskeskusten toimintaa pitkäaikaissairauksien ehkäisy- ja hoitomallin (terveyshyötymalli) mukaisesti 2) kehittää myös kansalaisten osallistumismahdollisuuksia, vastuunottoa ja omahoidon osaamista ja 3) tehostaa tietojärjestelmien käyttöä, parantaa tiedonsaantia ja lisätä osaamista ja työhyvinvointia kehittämällä terveyskeskusten henkilöstön moniammatillisen tiimityötä. **RAMPE – Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon -hankkeen** tavoitteena on ollut 1) lisätä julkisen sektorin vetovoimaisuutta ja palvelukykyä sekä potilaan osallisuutta hoitoprosessissa ja 2) turvata pätevien lääkäreiden ja hoitajien saatavuus ja pysyvyys perusterveydenhuollossa ja päivystyksessä. **Hyvä vastaanotto – Bra mottagning -hanke** on perustunut näkemykseen, jonka mukaan hyvä hoidon saatavuus voidaan taata vain jos kysyntä ja kapasiteetti ovat tasapainossa.

Osana Kaste-ohjelmaa STM:n käynnistämän **Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeen** (2007–2011) tavoitteena oli vahvistaa palvelujärjestelmän uudistumiskykyä. Hankkeessa luotiin muun muassa **Palveluvaaka-sivusto**¹⁵².

TTL on kehittänyt maahanmuuttajien palveluntarpeita, työelämää ja terveyttä kartoittavan laajan tutkimusmateriaalin. Tavoitteena on, että hankkeen vaikutus tulee näkymään henkilöstöhallinnon ja esimiesten parantuneena valmiutena toimia monikulttuurisessa työyhteisössä sekä fokuoituneempina palveluina maahanmuuttajille.

THL:n **Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa**¹⁵³ (Maamu) (2010–2012) tutkitaan 3 000 venäläis-, somali- ja kurditaustaisen aikuisen terveyttä ja hyvinvointia Espoossa, Helsingissä, Tampereella, Turussa, Vantaalla ja Vaasassa. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa maahanmuuttajien terveydentilasta, sairauksista, toiminta- ja työkyvystä, palveluiden tarpeesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tiedon avulla edistetään maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia, kehitetään maahanmuuttajille suunnattuja palveluja ja näiden palveluiden laatua sekä tuetaan työikäisen maahanmuuttajaväestön työllistymistä.

Tietoa potilaan keskeisistä oikeuksista on koottu Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) verkkosivustolle.

¹⁵² www.palveluvaaka.fi

¹⁵³ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Hankkeet > Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu)

8.2.4 Yhteenveto

Terveyspalveluissa on korostettu pyrkimystä palveluiden oikeudenmukaiseen jakautumiseen. Tavoitteista huolimatta hoidon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja ja erityisesti haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluita. Palvelujärjestelmä ei ole kaikilta osin pystynyt vastaamaan tasa-arvoisesti eri väestöryhmien tarpeisiin.

Yhtäläisten, laadukkaiden ja riittävien palveluiden saantia sekä tiedonsaantia on tuettu lainsäädännön keinoilla, erilaisilla kehittämisohjelmilla sekä ammattilaisten ja kansalaisten sähköisiä palveluita kehittämällä.

Terveyspalvelujen yhdenvertaista saatavuuteen on eniten vaikuttanut niin sanottu hoitotakuulaki (855/2004), joka takaa kansalaisille perusterveydenhuollon ammattilaisen hoidon tarpeen arvion kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Myös erikoissairaanhoidossa tapahtuvan hoidon tarpeen arvion aloittamisesta sekä hoidosta on säädetty laissa. Edellä mainitut velvoitteet siirtyivät myös terveydenhuoltolakiin (1326/2010).

THL tekee kahdesti vuodessa kyselyn terveystieteiden johtaville lääkäreille hoidon saatavuudesta. Kyselyjen mukaan avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden saatavuus ja viime vuosien aikana myös yhteyden saaminen puhelimitse ovat olleet suomalaisten terveystieteiden kriittisiä kysymyksiä. Maaliskuussa 2011 yli puolet väestöstä asui sellaisen terveystieteen alueella, jossa oli ainakin ajoittaisia ongelmia yhteydensaannissa. Suun terveydenhuollossa vastaava osuus oli noin kolmasosa väestöstä. Yleensä syynä oli ajoittainen suuri puhelumäärä tai puutteet puhelintekniikassa. Tilanne on pysynyt samana viime vuodet. Suun terveydenhuollossa tilanne on heikentynyt viime kyselyiden ajankohtana. Vaikka välittömän yhteyden saamisessa oli ongelmia, toteutui hoidon tarpeen arviointi kyselyn mukaan kolmen arkipäivän kuluessa lähes kaikkialla. Ajoittaisista ongelmista hoidon tarpeen arvioinnissa raportoitujen terveystieteiden alueella asui noin viisi prosenttia väestöstä. Tilanne oli pysynyt ennallaan maaliskuusta 2009 alkaen, mutta on selvästi huonompi kuin vuosina 2005–2008. Muutos on tapahtunut, vaikka samaan aikaan monissa terveystieteen keskuksissa on otettu käyttöön takaisinsoittotekniikkaan perustuvia puhelinpalvelujärjestelmiä.¹⁵⁴

THL kerää kolmesti vuodessa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy tiedot sairaanhoitopiireistä (Ahvenanmaa ei ole mukana) ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon tarjoavista yksiköistä. Vuoden 2011 elokuun lopussa noin 1 500 henkilöä oli odottanut yli puoli vuotta hoitoon pääsyä sairaanhoitopiirien sairaaloihin. Kolmen edellisen vuoden vastaavana ajankohtana yli puoli vuotta hoitoa odottaneita oli yli 4 000 henkilöä. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa noin 400 henkilöä oli odottanut elokuun lopussa hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Elokuun 2011 kyselyn mukaan hoidon odotusaika erikoissairaanhoidossa oli pääosin alle kolme kuukautta.¹⁵⁵

Kansalaisten valinnanmahdollisuutta on pyritty lisäämään palveluseteleillä, jotka kunnat voivat halutessaan ottaa käyttöön.

Riittävien voimavarojen saamista terveyden edistämistoimintaan on edistetty muun muassa asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta ja suunterveydenhuollosta. Näiden avulla on pyritty puuttumaan alueellisiin eroihin palvelujen saatavuudessa sekä palvelujen resursointiin, joka on osin ollut kaukana kansallisista suosituksista.

¹⁵⁴ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy

¹⁵⁵ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy

Mittavista kansallisista hankkeista huolimatta terveyden edistämisen asema perusterveydenhuollossa ei ole merkittävästi vahvistunut. Kansallisen terveyshankkeen (2001–2007) yhtenä tavoitteena oli ennaltaehkäisyn tehostaminen, mutta sosiaali- ja terveysministeriön asettaman arviointiryhmän mukaan erityisesti parannukset perusterveydenhuollossa ja ennaltaehkäisyssä jäivät vaatimattomiksi.¹⁵⁶

Terveyden edistämisen asemaa terveyskeskuksissa vuonna 2008 tutkineet Rimpelä ja kumppanit¹⁵⁷ toteavat seuraavasti: ”...vain harvoissa terveyskeskuksissa voidaan puhua väestön terveyden edistämisen suunnitelmallisesta johtamisesta niin, että siinä katetaan kaikki keskeiset toiminnot, vahvistetaan paikalliset toimeenpano-ohjelmat ja yhteiset käytännöt ja huolehditaan myös näiden edellyttämistä riittävästä voimavaroista. Valtaosassa terveyskeskuksia väestön terveyden edistämisessä voidaan puhua enemmän sattumanvaraisesta harrastamisesta kuin suunnitelmallisesti johdetusta toiminnasta”.

8.3 ELINKEINOELÄMÄ

Valtioneuvoston korostama toimintasuunta

20. Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä muiden kyseeseen tulevien ministeriöiden sekä yliopistojen, korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten kanssa antavat asiantuntija-apua ja tarjoavat yhteistyöfoorumien elinkeinoelämän terveyttä edistävän roolin konkretisoimiseksi ja vahvistamiseksi, niin että väestön mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja edistetään. Terveysriskejä tuottavaa elinkeinotoimintaa, alkoholielinkeinoja, säännellään ja se pyritään kannustamaan terveyshaittojen rajoittamiseen muun muassa itsevalvonnan keinoin.

8.3.1 Lainsäädäntö

Suomen **elintarvikelainsäädäntö** on pääsääntöisesti yhdenmukainen EY-lainsäädännön kanssa. Vuonna 2007 tuli EU-maissa voimaan ravitsemus- ja terveysväitteitä koskeva asetus (EY 1924/2006). Asetuksen voimaantultua Suomi joutuu luopumaan kansallisista suolamerkinnöistä ja siirtymään käyttämään ’vähennetty suolaa’ -merkintää. Merkinnän käyttö edellyttää, että tuotteessa tulee olla vähintään 25 prosenttia pienempi suolapitoisuus kuin saman tuotteen normaaliversiossa. Uusi asetus on suolan suhteen sallivampi kuin aiempi asetus. Vuonna 2011 tuli voimaan **kuluttajainformaatioasetus** (EU 1169/2011), jonka avulla parannetaan kuluttajien tiedonsaantia elintarvikkeiden ravintosisällöstä säätämällä ravintoarvomerkintä lähtökohtaisesti pakolliseksi.

Makeisten syönti ja virvoitusjuomien käyttö erityisesti nuorten keskuudessa on lisääntynyt. Tässä vuorovaikutus teollisuuden kanssa ei ole onnistunut kovin hyvin. Lapsille suunnattu elintarvikemarkkinointi on edelleen lähes yksinomaan makeiden välipalojen ja makeisten markkinointia. Useat koulut ovat kuitenkin rajoittaneet tai poistaneet makeisautomaatit koulujen tiloista. Osa virvoitusjuomateollisuudesta on

¹⁵⁶ Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. STM julkaisuja 2008:22. Julkaisu on saatavana vain verkossa pdf-muodossa

¹⁵⁷ Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ja Ståhl T (toim.) (2009) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008.

rajoittanut myyntiä kouluissa. Vuoden 2011 alusta tuli voimaan **laki makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien valmisteverosta** (1127/2010 ns. makeisverolaki). Lain valmistelijana oli valtionvarainministeriö. Näiden tuotteiden kulutus on viime vuosikymmenellä lisääntynyt merkittävästi ja reaalihintaa laskenut. Samaan aikaan etenkin lasten ja nuorten lihominen on yleistynyt ja hammasterveys on heikentynyt.

Tupakkatuotteiden vähittäismyynti tuli luvanvaraiseksi huhtikuun 2009 alusta. **Tupakkalakia** muutettiin 1.10.2010 (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta). Tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpito tupakkatuotteiden vähittäismyynnissä loppuu vuoden 2012 alusta alkaen (Asetus tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden vähittäismyynnistä 99/2009). Savukkeiden hintoja korotettiin vuosien 2009 ja 2010 alusta. Ravintolatupakointi on loppunut. Elinkeinoelämä on ollut mukana tupakoinnin rajoittamisessa ja savuttomuuden toteuttamisessa työpaikoilla. Merkittävää tupakoinnin markkinointia ei enää esiinny, piilomainontakin on lähes kokonaan loppunut. Suomessa ei ole merkittävää tupakkateollisuutta.

Alkoholilainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan alkoholin saatavuuteen ja liikakäyttöön. Alkoholilakiin (1143/1994) on tehty ohjelmakauden aikana useita muutoksia, jotka koskevat alkoholin vähittäismyyntiä ja anniskelua, mainontaa ja hinnoittelua sekä ohjausta ja valvontaa. Alkoholijuomien valmisteveroa korotettiin vuosina 2008 ja 2010.

Alkoholin mielikuvamainonnan rajoittamisessa ei ole onnistuttu. Olutteollisuus mainostaa ja sponsoroi monissa urheilu- ja kulttuuritapahtumissa ja keskioluen myynti ja myynnin edistäminen vähittäiskaupassa on laajamittaista.

8.3.2 Oppaat, suositukset ja hankkeet

Valtioneuvoston periaatepäätökseen (2003) perustuvaa **Alkoholiohjelmaa** on toteutettu ohjelmakausilla 2004–2007 ja 2008–2011. Periaatepäätöksessä on alkoholihaittojen ehkäisylle ja vähentämiselle asetettu kolme osatavoitetta: alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamien haittojen vähentäminen, alkoholijuomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. Ohjelma rakentaa kansallista ja alueellista yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja konkretisoi elinkeinoelämän mahdollisuuksia alkoholihaittojen ehkäisyssä. **Paikallinen alkoholipolitiikka (Pakka) -hanke** (2004–2007) on kehittänyt toimintamallin säännellä alkoholijuomien paikallista saatavuutta estämällä alkoholijuomien myyntiä, anniskelua ja alkoholin alaikäisille ja selvästi päihtyneille välittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman **joukkoruokailun kehittämisen ja seurantaratyöryhmän** tehtävänä oli edistää ruokapalvelujen saatavuutta, houkuttelevuutta ja ruoan ravitsemuslaadun paranemista sekä tehdä esitys tarvittavasta seurantajärjestelmästä. Toimikautensa aikana työryhmä kuuli laajaa joukkoa ruokapalvelujen ja ravitsemuksen asiantuntijoita sekä teollisuuden ja ruokahuollon edustajia. Työryhmän toimenpidesuosituksia julkaistiin 2010¹⁵⁸.

Maa- ja metsätalousministeriön koordinoima **Elintarvikeketjun neuvottelukunta** on jatkoa Laatu- ja turvallisuus-hankkeelle (käynnistyi 2004), jonka tarkoituksena on ottaa

¹⁵⁸ Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus STM:n selvityksiä 2010:11. Helsinki.

huomioon koko elintarvikeketju ympäristö-, maatalous-, työllisyys- ja terveysvaikutuksineen.

Työterveyslaitoksen **Virkeänä ratissa - ruoasta terveyttä tien päälle -hankkeen** (2009–2011)¹⁵⁹ tavoitteena on ollut edistää kuljetusyrityksien ja ammattikuljettajien työvireyttä ja työkykyä terveellisen työaikaisen ruokailun keinoin. Tavoitteena on vaikuttaa myös ruokapalvelujen tuottajiin, jotta he edistäisivät asiaa tarjoamalla virkistäviä ruokia. Hankkeessa on kehitetty toimintamalleja yhteistyössä eri vaikuttajatahojen kanssa.

8.3.3 Muut toimenpiteet

EU:n alkoholipolitiikassa on korostunut vapaan kaupan näkökulma. Suomessa alkoholiveroa laskettiin voimakkaasti vuonna 2004, minkä jälkeen alkoholin käyttö lisääntyi. Alkoholiveroa on vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen korotettu kolme kertaa, mutta verotaso ei vielä yllä vuoden 2003 tasoon. Korotukset ovat johtaneet siihen, että alkoholin kokonaiskulutus on kääntynyt loivaan laskuun.

Sydänmerkki on Sydänliiton ja Diabetesliiton yhdessä kehittämä järjestelmä. Sydänmerkki-tuote on tuoteryhmässään parempi valinta suolan määrän ja rasvan laadun ja määrän suhteen. Se on myös ainoa kansallinen symboli, joka on Euroopan Unionin lainsäädännön mukainen ravitsemusväittämä. Ensimmäiset Sydänmerkit myönnettiin vuonna 2000. Tällä hetkellä eri Sydänmerkki-tuotteita on jo yli 900. Yli 80 prosenttia kuluttajista tuntee Sydänmerkin.

Työhyvinvointiin sekä terveyden edistämiseen työpaikoilla on kiinnitetty huomiota erilaisten ohjelmien kautta sekä julkisella että yksityisellä puolella. TTL:ssä on useita yhteishankkeita yritysten kanssa työolojen parantamiseksi, esimerkiksi **Liikennealan yksityisyrityksien ja mikroyritysten työterveyshuoltojen toiminnan kehittäminen** (2008–2011). TTL rakentaa laajassa yhteistyössä toimintaa terveyden edistämiseksi aloilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat kasautuvat (2008–2011). TTL:ssä on käynnissä myös **terveyttä edistävän työpaikan kriteeristöä koskeva yhteiskehittämishanke** (2008–2011).

Ravitsemukseen/työaikaiseen ruokailuun ja terveysliikuntaan työpaikoilla on tehty omat kriteeristöt. Monet työnantajat tukevat henkilöstön liikuntatottumuksia sponsoroimalla osallistumista vapaa-ajan liikuntaan. Liikunta on myös merkittävää yksityistä liiketoimintaa.

8.3.4 Yhteenveto

Elinkeinoelämän rooli ja merkitys terveyden edistämisessä on kasvanut. Kaupallisuus vaikuttaa yhä enemmän ihmisten valintoihin ja elinympäristöön. Elinkeinoelämän intressinä on tuottaa voittoa omistajilleen, säädösten puitteissa ja yleensä pitkäjänteisellä pohjalla. Tavoite ei ole ristiriitainen hyvinvointia ja terveyttä edistävien tavoitteiden kanssa. Terveellisiin valintoihin ja terveelliseen elinympäristöön vaikutetaan tuotekehittelyllä, markkinoinnilla ja mainonnalla. Julkisen sektorin tehtävänä on tarjota asiantuntijuutta ja yhteistyöfoorumeja ja vaikuttaa terveyttä vahvistaviin valintoihin, kysyntään ja tarjontaan. Vaikuttamisen keinoja ovat lainsäädäntö, valvonta, eri-

¹⁵⁹ Virkeänä ratissa, Käsikirja. Virkeänä ratissa -hanke, Työterveyslaitos 2011.

laiset tuet, kuluttajapolitiikka ja yhteistyö elinkeinoelämän kanssa. Yhteistyötä tarvitaan muun muassa liikunta- ja ravitsemuspolitiikassa, tupakka- ja alkoholipolitiikassa sekä lääke- ja terveystalouden kehittämisen alueella.

Lainsäädännön keinoin tupakkalainsäädännöllä, alkoholilainsäädännöllä, elintarvikelainsäädännöllä ja kuluttajasuojalainsäädännöllä on saavutettu hyviä terveyteen vaikuttavia tuloksia. Alkoholiohjelma on vahvistanut alueellista ja paikallista ehkäisevän työn organisoitumista. Paikallinen yhteistyö alkoholielinkeinon, poliisin, sosiaali-, terveys- ja valvontaviranomaisten sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa on vakiintumassa.

Elinkeinoelämä on yhä enemmän siirtymässä terveysarvoihin myös kaupallisella viestintäalalla (esim. laihdutuskurssit) sekä käyttämään sähköistä mediaa (esim. terveysnettipelit, riskilaskurit, nettilääkärit).

8.4 KANSALAI SJÄRJESTÖT JA KANSALAISTOIMINTA

Valtioneuvoston korostama toimintasuunta

21. Tämän ohjelman toimeenpanossa, toteutumisen arvioinnissa ja muokkaamisessa muuttuvia olosuhteita vastaavaksi huolehditaan kansalaisten, kansalaisliikkeiden ja kansanterveysjärjestöjen osallistumisesta ja kuulemisesta valtakunnallisesti, paikallisesti ja kaikilla ohjelmaan osallistuvilla hallinnon sektoreilla. Terveysalan kansalaisjärjestöjen vaikutusmahdollisuuksien ja toimintaedellytysten turvaaminen ja kehittäminen on osaltaan myös julkisen vallan vastuulla. Kansalaisten omaa roolia terveytensä edistämässä rohkaistaan.

8.4.1 Lainsäädäntö

Yhdistyslain uudistuksen (voimaan 1.9.2010) tarkoitus on parantaa kansalaisyhteiskunnan toimintaedellytyksiä. Uudistuksella muun muassa lisätään jäsenten vaikutusmahdollisuuksia sallimalla etäosallistuminen yhdistysten ja valtuutettujen kokouksiin.

Terveystaloudenlaki (1326/2010) velvoittaa kuntaa tekemään yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa (12 §).

8.4.2 Muut toimenpiteet

STM ja Raha-automaattiyhdistys ovat vuosittain tukeneet järjestöjen toimintaa ja terveyden edistämisen hankkeita. Molempien avustusten suuntaamisessa on otettu huomioon Terveys 2015 -kansanterveysohjelman painotukset. Sosiaali- ja terveysministeriössä on hyväksytty järjestöpoliittiset linjaukset, jossa määritellään yhteistyö järjestöjen kanssa. Raha-automaattiyhdistyksessä on kehitetty avustusstrategiaa, jossa tavoitteena on kansalaisjärjestöjen toimintaedellytysten turvaaminen ja avustustoiminnan kehittäminen.

Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelman¹⁶⁰ (2003–2007) tavoitteena oli edistää aktiivista kansalaisuutta, kansalaisyhteiskunnan toimintaa, kansalaisten yhteiskunnallista vaikuttamista ja edustuksellisen demokratian toimivuutta. Poikkihallinnol-

¹⁶⁰ OMTH. Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelman loppuraportti. OMTH 2007:20.

lisen politiikkaohjelman puitteissa toteutettiin lukuisia kansalaisvaikuttamista edistäviä hankkeita useissa ministeriöissä sekä yhteistyössä kansalaisyhteiskunnan ja tiedeyhteisön kanssa. Tärkeimmät uudistukset liittyivät kansalais- ja demokratiakasvatuksen tehostamiseen, kansalaisyhteiskunnan ja hallinnon vuorovaikutuksen parantamiseen ja kunnallisen demokratian edistämiseen.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2008–2011) yhtenä tavoitteena oli järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen terveyden edistämisen, erityisesti osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukena. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisemassa Terveyden edistämisen barometrissa todetaan vuonna 2010 järjestöjen terveyden edistämisen tilanteen olevan valoisamman aiempiin vuosiin verrattuna. Järjestöjohtajat perustelivat kantaansa näkyvyyden paranemisella, terveyden edistämisen merkityksen lisääntymisellä sekä kansalaisten että tärkeiden toimijoiden keskuudessa.

Terveyden edistämisen keskus (Tekry) on tuonut monella tavalla esiin järjestöjen näkökulmaa terveyden edistämistyössä ja osallistunut valtakunnallisiin tapahtumiin. Tekry oli muun muassa mukana järjestämässä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan perustuvaa sosiaali- ja terveysministeriön Terveys kannattaa -sanoista tekoihin aluekierrosta 2006 yhdessä Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Suomen Kuntaliiton ja lääninhallitusten kanssa (19 tilaisuutta). Vuonna 2008 Tekry järjesti yhdessä STKL:n ja SLU:n kanssa seitsemässä kaupungissa järjestöjen kokoukset peruspalveluministerin työkokousten rinnalle. Tavoitteena oli koota yhteen ja vahvistaa terveyttä edistävien järjestöjen verkostoa sekä lisätä kuntien ja järjestöjen välistä vuorovaikutusta kuntalaisten terveyden edistämiseksi.

Tekryssä toimii erisisältöisiä foorumeita (Lasten terveysfoorumi, Päihde- ja mielenterveyshuollon foorumi jne.), jotka kokoavat järjestöjä laaja-alaisesti muodostamaan järjestöjen yhteistä näkökulmaa käsiteltäviin asioihin. Ehkäisevän päihdetyön viikko yhdistää paikallis- ja aluetasolla kunnan ja järjestöjen toimijoita yhteiseen suunnitteluun ja toimintaan. Viranomaisten ja järjestöjen yhteistyökampanjat, Valtakunnallinen liikenneraittiuskampanja, Viisaasti Vesillä -vesiturvallisuuskampanja sekä Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisykampanja, ovat väestöön suunnattuja viestintäkampanjoita, joiden tavoitteena on muistuttaa yhteiskunnallisesti tärkeistä ja paljon terveyshaittoja aiheuttavista asioista ja tukea ja ylläpitää ihmisten positiivista asennetta turvallista toimintaympäristöä.

Järjestöjen rooli terveyden edistämisen kansallisissa ohjelmissa ja kansalaisten oman terveyden edistämisen roolin tukemisessa on ollut merkittävä.

8.5 TUTKIMUS JA KOULUTUS

Valtioneuvoston korostama toimintasuunta

22. *Suomen Akatemia, ministeriöt ja muut tahot toteuttavat terveyden edistämisen tutkimusohjelman yhteistyössä yliopistojen, korkeakoulujen ja valtion tutkimuslaitosten kanssa. Terveyden edistämistoimintaa tukevan tutkimustiedon saatavuutta parannetaan.*
23. *Terveyspolitiikan tutkimuksen asemaa yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa sekä WHO:n ja EU:n tutkimusohjelmissa vahvistetaan.*
24. *Terveyden edistämisen näkökulma otetaan nykyistä paremmin huomioon kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa jo peruskoulutuksesta lähti-*

en. Perustetaan yliopistojen sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitosten yhteistyönä kansanterveysalan kansallinen koulutus- ja tutkimusverkosto. Työelämän terveysvaikutusten tuntemusta terveydenhuollon koulutuksessa parannetaan kehittämällä verkostokoulutusmallia.

25. Valtion tutkimusrahoitusta ohjataan sosiaaliryhmien välisten terveyserojen ja niiden syiden arviointiin sekä erityisesti huonon terveyden tai ennenaikaisen kuolleisuuden riskiryhmien tunnistamiseen ja keinojen kehittämiseen näiden ongelmien lievittämiseksi.

8.5.1 Terveyden edistämisen tutkimusohjelmat

Merkittävimmät toimet terveystieteiden tutkimuksen aseman vahvistamiseksi on tehty resurssien siirtojen kautta Suomen Akatemian tutkimusohjelmissa sekä suorana tukena terveystieteiden tutkimukselle valtion tutkimuslaitoksissa sekä WHO:n puitteissa WHO:n Observatoriolle. Näillä on ollut merkitystä terveystieteiden tutkimukselle ainakin lyhyellä tähtäimellä. Yliopistoissa terveystieteiden asema ei ole merkittävästi muuttunut.

Suomen Akatemia on avannut useita tutkimusohjelmia, joissa painopisteenä ovat olleet kansallisesti merkittävät terveysongelmat ja terveyden edistäminen eri ikäryhmissä. Tällaisia ohjelmia ovat olleet muun muassa Terveyden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE), Kansanterveyden haasteet -tutkimusohjelma (SALVE), lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelma (KidSkidi), ravitsemus, elintarvikkeet ja terveys -tutkimusohjelma (ELVIRA), päihteet ja addiktio -tutkimusohjelma (ADDIKTIO) sekä työ ja hyvinvoinnin tulevaisuus -tutkimusohjelma (WORK). Myös sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoilla on tuettu terveyden edistämisen tutkimusta. Suomen Akatemian rahoituksella on ollut käynnissä useita terveyserotutkimushankkeita yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa, muun muassa Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella.

Ministeriön ja valtion laitosten yhteistyönä on laadittu kattava selvitys terveyden edistämisen mahdollisuuksista, vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta¹⁶¹. Terveyden edistämisen tutkimustietoa on aktiivisesti viety suosituksiksi, toiminnaksi ja kansalliseksi ohjelmiksi, muun muassa Diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO ja Kansallinen Allergiaohjelma.

Vuosina 2002–2005 Kansanterveyslaitoksessa oli sisäinen tutkimusohjelma, jossa kohdistettiin laitoksen rahoitusta sosiaaliryhmien välisten terveyserojen ja niiden syiden tutkimiseen. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA on toiminut 2004–2011 STM:n terveyden edistämisen määrärahojen sekä THL:n ja TTL:n rahoituksella. STM:n terveyden edistämisen määrärahojen yhtenä painoalueena on ollut terveyserot ja niiden kaventaminen.

Terveyden edistämisen määrärahoilla on rahoitettu lukuisia oppilaitosten, kuntien ja kuntayhtymien, aluehallinnon, järjestöjen ja tutkimuslaitosten tutkimus- ja kehittämishankkeita. Erikseen mainittakoon Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimushanke Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa ja Suomen kunnissa.

¹⁶¹ Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S ja Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:1. Helsinki.

Terveiden edistämistä tukevan tutkimustiedon saatavuutta on parannettu kehittämällä julkisia tietokantoja ja portaaleja terveydestä, hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä. Tällaisia ovat muun muassa Sotkanet, Terveystemme.fi-sivusto, TEA-viisari, Tapaturmaportaali sekä Kunnat.net. Lisäksi tutkimustietoon pohjautuen on kehitetty useita tiedonvälityskanavia, toimintamalleja ja muita työkaluja terveyttä edistävän työn tueksi kuten esimerkiksi Neuvoa Antavat, TerveSuomi, Kasvun kumppanit, Ka-ventaja, FINRISKI -laskuri.tietoportaaleja on kuvattu tarkemmin luvussa 8.1.3.

THL:ssä on toiminut Poliitiikan seuranta ja vaikuttavuus -yksikkö vuoden 2010 alusta. Yksikössä tutkitaan kansallisen ja kansainvälisen, hyvinvointiin ja terveyteen liittyvän yhteiskuntapolitiikan kehitystä ja vaikuttavuutta. Vuonna 2010 terveystieteiden liittyviä tutkimusteemoja olivat sosiaalinen eriarvoisuus terveystieteissä sekä WHO:n Social Determinants of Health -komission ehdotuksien soveltuminen Suomen terveystieteiden eriarvoisuuden vähentämispyrkimyksiin. Lisäksi yksikössä aloitettiin terveystieteiden oppikirjan valmistelu.

8.5.2 Terveiden edistämisen näkökulma ammatillisessa koulutuksessa

Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja Stakes toteuttivat yhdessä selvityksen¹⁶² terveyden edistämisen koulutuksesta sosiaali- ja terveysalalla yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen koulutuksessa vuonna 2006. Selvityksen päätavoitteena oli nostaa esille kehittämistarpeita terveyden edistämisen osaamisen vahvistamiseksi sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa selvittämällä terveyden edistämisen sisällymistä silloisiin koulutuksiin. Tulosten perusteella merkittävimmät kehittämistarpeet liittyivät terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyyn; kunkin alan vastuualueen ja roolin määrittämiseen terveyden edistämisen kentässä; menetelmien hallintaan, etenkin yhteisöjen ja ympäristön terveyden edistämisen sekä terveyserojen kaventamisen osalta; kansallisten ja kansainvälisten ohjelmien konkretisointiin kunkin alan lähtökohdista ja kansanterveydellisen ajattelun ja yhteiskunnallisen näemyksen vahvistamiseen. Esille tuli myös, että koulutusalojen ja -tasojen välinen yhteistyö vaati kehittämistä, jotta tutkittu tieto ja hyvät käytännöt saadaan laajemmin hyödynnettyä. Kouluttajien terveyden edistämiseen liittyvä osaaminen vaati myös monelta osin vahvistamista.

8.5.3 Koulutusohjelmia ja koulutuspaketteja

Esimerkkejä THL (Stakes/Kansanterveyslaitos) tuottamista koulutuksista ja koulutusmateriaaleista kuntien ja alueiden käyttöön:

Stakesin/THL:n koostamaa **ennakkoarvioinnin menetelmiä** kokoava Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin käsikirja¹⁶³ on julkaistu verkossa vuodesta 2001 lähtien.

¹⁶² Rautio M. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49

¹⁶³ www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Arviointi

Stakes on tukenut päihdetyön opetuksen minimisisältöjen toteutusta soveltuvien alojen perustutkinnoissa **päihdetyön koulutuksen** kehittämishankkeella (2006–2008).

Stakes valmisteli virtuaali-ammattikorkeakoulun kanssa **verkko-opetuksen terveyden edistämisen täydennyskoulutuskokonaisuuden**, jota mallia on sovellettu muissakin verkko-opetuksen käytännöissä.

Stakes ja ammattikorkeakoulut laativat **seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opinnot** ammattikorkeakoulujen yhteisen Virtuaaliammattikorkeakoulun ohjelmiin ja ne ovat kaikkien ammattikorkeakoulujen käytettävissä lähi- ja verkko-opinnoissa. Verkko-opinnot ovat laajuudeltaan 16 opintopistettä ja koostuvat neljästä 3–6 opintopisteen laajuisesta opintokokonaisuudesta ammatillisen koulutuksen eri tasoille.

Virtuaalisia työkaluja hyvinvointijohtamiseen on Stakesin ja ammattikorkeakoulujen yhdessä kokoama esimerkki terveyden edistämisen suunnittelussa ja johtamisessa tarvittavasta tiedosta, hyvistä käytännöistä ja työvälineistä.

Alueelliset mini-interventiokoulutukset perusterveydenhuollon ammattihenkilöille järjestettiin syksyllä 2009.

KTL/THL on valmistellut terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen **tupakoinnin vieroituksen moniammatillisen koulutusmateriaalin**.

Stakesin/THL:n koordinoimassa Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeessa valmistui 2010 **työttömien terveyspalvelujen koulutuskokonaisuus** perus-, jatko-, ja täydennyskoulutukseen. Koulutuskokonaisuus on levitettävissä virtuaali-ammattikorkeakoulun kautta valtakunnallisesti.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön tapaturmien ehkäisyyn liittyvän osaamisen vahvistamiseksi on ammattikorkeakoulujen opettajarinki valmistellut STM:n tuella 15 opintopisteen laajuisen **Tapaturmien ehkäisy elämänkulun eri vaiheissa -materiaalin**. Materiaali on virtuaaliammattikorkeakoulun kautta käytettävissä ympäri maan. THL toteuttaa iäkkäiden murtumien ja kaatumistapaturmien ehkäisyhanketta. Hankkeen yksi osakokonaisuus on opettajaverkosto, jonka tavoitteena on koulutusta kehittämällä lisätä tulevien ammattilaisten osaamista ehkäistä kaatumistapaturmia.

Helsingin yliopiston Kansanterveystieteen laitoksella, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella sekä Työterveyslaitoksella on yhteistyösopimus **terveyden edistämistä koskevan jatkokoulutuksen järjestämisestä erikoislääkäri- ja jatkokoulutuksessa**.

8.5.4 Yhteenveto

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta tutkimustoimikunnille, jotka päättävät rahoituksen kohteena olevista tutkimushankkeista. Terveydenhuoltolain (35 §) mukaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jonka yhtenä tehtävänä on perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-,

kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Sosiaalialan osaamiskeskusten tehtävänä (laki 1230/2001) on luoda ja ylläpitää maan kattava alueellinen yhteistyörakenne sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi. Sosiaalialan osaamiskeskusten toimialueet kattavat kaikki kunnat.

Terveyspolitiikan tutkimuksen asema ei ole kokonaisuudessaan merkittävästi vahvistunut sosiaali- ja terveysministeriön alaisissa tutkimuslaitoksissa. Pitkällä aikavälillä tutkimuslaitosten osalta on merkityksellistä THL:n terveydenhuoltoon liittyvän tutkimuksen asema ja tutkimuksen edellytykset. Julkisessa tutkimusrahoituksessa on ollut kanavoitumista TEKESin kautta kaupallistettaviin interventioihin panostavaan tutkimukseen ja myös yksityiselle sektorille kanavoituvaan tukeen.

Tulevaisuudessa olennaista olisi jatkaa ja vahvistaa tutkimuksen resurssiohjausta olemassa olevien kanavien, kuten Suomen Akatemian, RAY:n ja terveyden edistämiseen kohdennettavan rahoituksen kautta, vahvistaa edelleen alan asemaa ja koulutusta yliopistoissa sekä julkisrahoitteisten tutkimuslaitosten edellytyksiä terveyspolitiikan vaihtoehtojen tutkimukseen, arvioivaan vaikuttavuustutkimukseen, kansainvälisen ja Euroopan Unionin toimintaympäristön ja lainsäädännön muutosten tutkimukseen ja palvelujärjestelmän monitieteiseen tutkimukseen. Terveystavoitteiden merkitystä tulisi vahvistaa niin STM:n alaisen tuen kuin laajemminkin julkisen tutkimusrahoituksen suuntaamisessa.

8.6 KANSAINVÄLINEN TOIMINTA

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

26. *Lisätään aloitteellisuutta ja panostusta kansainvälisten organisaatioiden terveyttä edistäviin toimintoihin. Suomi toimii edelleen WHO:n aktiivisena jäsenmaana muun muassa kansainvälisen tupakkavalvontaa koskevan puitesopimuksen aikaansaamiseksi.*
27. *Edellytetään Euroopan unionin Amsterdamin sopimuksen 152 artiklan mukaisen terveysvaikutusten arvioinnin tekemistä Euroopan unionin kaiken päätöksenteon valmistelussa ja esitetään vastaavaa arviointikäytäntöä muille kansainvälisille valtioidenvälisille organisaatioille. Terveystavoitteita pyritään edistämään erityisesti Euroopan unionin maatalous-, liikenne-, elintarvike-, kuluttaja- ja ympäristöpolitiikassa.*
28. *Aktiivista lähialueyhteistyötä tartuntatautien torjunnan ja kansanterveyden alalla jatketaan sekä painotetaan Pohjoisen ulottuvuuden terveyssisältöä.*
29. *Yhteistyötä eri vastuuministeriöiden kesken lisätään kansainvälisen toiminnan suunnittelussa, jotta kansallisia vaikutuksia voidaan arvioida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.*

Kansainvälisen toiminnan laajuus ja merkitys on kasvanut voimakkaasti 1990-luvulta lähtien. Toimintaympäristö on muuttunut ja muuttuu edelleen nopeasti. Muutokset ovat vaikuttaneet myös sosiaali- ja terveyspolitiikan sisältöön, sillä kansainvälisillä ja varsinkin EU-asioilla on usein suora vaikutus kansalliseen toimintaan. Terveysalan kansainvälisen yhteistyön tärkeimpiä foorumeita ovat olleet Euroopan unioni, WHO, OECD, Pohjoismaiden ministerineuvosto, Euroopan neuvosto sekä Pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveysalan kumppanuusohjelma.

Terveysalan kansainvälisen toiminnan perustana ovat olleet Suomen EU- ja kansainväliset linjaukset, hallitusohjelma sekä sosiaali- ja terveysministeriön linjaukset, jotka valmisteltiin kansainväliselle toiminnalle vuonna 2000 ja uudistettiin 2008. Tavoitteena oli tehostaa asioiden valmistelua ja toimeenpanoa sekä selkiyttää toiminnan periaatteet ja käytännöt. Eri ministeriöiden välistä yhteistyötä terveysalan kansainvälisen toiminnan suunnittelussa ovat asiantuntijayhteistyön rinnalla vakiinnuttaneet säännöllisesti kokoontuva globaalien asioiden työryhmä, minkä lisäksi kansanterveyden neuvottelukunta on käsitellyt myös kansainvälisiä asioita.

Maailmanlaajuisessa terveysyhteistyössä keskeisiä ovat WHO ja sen Euroopan aluetoimisto. Suomen pitkäaikaiset prioriteetit WHO:ssa ovat olleet terveyden edistäminen ja suojeleminen, ml. tarttuvat taudit ja mielenterveys, sekä perusterveydenhuollon vahvistaminen palvelujärjestelmän perustana. Uudempina painopisteinä ovat olleet terveyden sosiaalisiin taustatekijöihin vaikuttaminen ja terveyserojen kaventaminen, terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa sekä ei-tarttuvien tautien ehkäisy. Suomen vaikuttamismahdollisuuksia on lisännyt oman WHO-asiantuntijan lähettäminen Geneven edustustoon. Viimeisen parin vuoden aikana keskeisin Suomen prioriteetti on ollut kesäkuussa 2013 Helsingissä järjestettävän WHO:n kahdeksannen terveyden edistämisen maailmankongressin valmistelu. Kongressin teemana on terveys kaikissa politiikoissa, erityisesti toimeenpanon näkökulmasta.

EU:n päätöksillä ja direktiiveillä on huomattava vaikutus sosiaali- ja terveyssektorin toimintaan. Lissabonin sopimuksessa kansanterveyttä koskevaa unionin toimivaltaa vahvistettiin. Myös EU:n laajentuminen on tuonut uusia haasteita, sillä EU:n jäsenmaiden väestön tulotaso, terveys ja hyvinvointi vaihtelevat ja sosiaali- ja terveysjärjestelmät sekä eläkejärjestelmät ovat erilaisia niin rakenteeltaan kuin rahoitukseltaan.

EU:lla on perussopimukseen perustuen velvollisuus terveyden suojelemiseksi kaikissa yhteisön politiikoissa. Se on antanut vahvan pohjan Terveys kaikissa politiikoissa – lähestymistavan (Health in All Policies, HiAP) vahvistamiseen EU:ssa, mikä on ollut Suomen keskeisenä tavoitteena, mm. puheenjohtajuuskaudella 2006. Komission poikkihallinnollisen työn ja terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen sekä neuvoston rooli konkreettisessa toimeenpanossa ja terveystalouden kehittämisessä vaativat kuitenkin edelleen vahvistamista. Suomen toimesta mielenterveys on nostettu osaksi EU:n terveystaloutta.

Lähialueyhteistyöllä ja Pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveysalan kumppanuudella on pyritty ehkäisemään kansanterveysongelmia ja edistämään terveitä elämäntapoja. Kumppanuuteen on kuulunut koordinaatiota ja tiedonvaihtoa sekä hanke-toimintaa. Yhteistyö on keskittynyt sovituille painoalueille, joista viimeisimpiä ovat olleet sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy, terveiden elämäntapojen edistäminen, hiv/aidsin ehkäisy, työterveyshuollon kehittäminen sekä tuberkuloosin torjuminen.

Pohjoismaisella yhteistyöllä on vankat perinteet ja sitä on jatkettu edelleen EU:n merkityksen vahvistumisesta huolimatta. Pohjoismaisen hyvinvointimalli, terveyden edistäminen, terveysuhtien torjuminen ja riskien vähentäminen, miesten ja naisten tasa-arvo sekä huumeet ovat olleet pohjoismaisen yhteistyön keskeisiä sisältöalueita.

OECD-yhteistyön merkitys on terveystalouden alalla viime vuosina kasvanut. Painotus on ollut tilastoyhteistyössä sekä laaja-alaisissa politiikka-arvioinneissa suosituksineen. Vuonna 2012 OECD arvioi Suomen terveyspalvelujärjestelmää osana laajempaa maa-arviointia. Suosituksissa nostettiin esille mm. palvelujärjestelmän uudistamistarpeet ja väestöryhmien väliset terveyserot. OECD:n yhteistyötä mm. WHO:n kanssa on vaadittu tilastotyössä, selvityksissä ja politiikka-analyysseissä. Viimeisimpiä yhteistyön alueita on ollut ehkäisevän toiminnan vaikuttavuuden arviointi.

8.7 TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINTI

Valtioneuvoston korostamat toimintasuunnat

30. *Joka neljäs vuosi tehdään ulkopuolinen arviointi eri politiikkalohkojen toiminnasta aiheutuneista terveysvaikutuksista käyttäen hyväksi muun muassa sosiaali- ja terveyskertomusta. Arvion perusteella valtioneuvosto päättää tarvittavista toimenpiteistä.*
31. *Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhdessä valtioneuvoston kanslian kanssa ohjeet menettelytavoista valtion politiikkojen ja päätösten terveysvaikutusten ennakkoivassa arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysministeriölle ja muille ministeriöille turvataan riittävät voimavarat arviointimenettelyjen kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi.*
32. *Valmistellaan yhdessä kuntien kanssa malleja kuntatasolla tapahtuvalle toimien terveysvaikutusten arvioinnille, niin että se otetaan osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua.*
33. *Sosiaali- ja terveysministeriö ja muut ministeriöt valmistelevat toimintamalleja terveysvaikutusten arvioinnin edistämiseksi elinkeinoelämän päätöksenteossa.*

8.7.1 Lainsäädäntö

Kansanterveyslaki (928/2005) ja **terveydenhuoltolaki** (1326/2010) velvoittavat kuntia ja kuntayhtymiä ottamaan ennakolta huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Laki viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista (200/2005); SOVA-lain tavoitteena on edistää ympäristövaikutusten arviointia ja huomioon ottamista viranomaisten suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa ja hyväksymisessä, parantaa yleisön tiedonsaantia ja osallistumismahdollisuuksia sekä edistää kestävä kehitystä. Lain mukaista ympäristöarviointia edellyttävät muun muassa kaavat, vesienhoitosuunnitelmat, alueelliset jätesuunnitelmat ja maakuntaohjelmat. Lain ympäristövaikutus-käsite sisältää myös terveys- ja hyvinvointivaikutukset.

8.7.2 Muu toiminta

Valtioneuvosto hyväksyi 1.11.2007 yhtenäiset ohjeet säädösehdotusten vaikutusten arvioinnista. Ohjeita noudatetaan lainvalmistelussa sekä asetusten ja muiden sitovien oikeussääntöjen valmistelussa. Ohjeita tulee hyödyntää myös EU-asioiden valmistelussa arvioitaessa vaikutuksia Suomen kannalta sekä hyväksyttäessä ja saatettaessa voimaan kansainvälisiä velvoitteita. Ohjeet täydentävät Hallituksen esityksen laatimisoheja (2004), joissa edellytetään, että hallituksen esityksissä lyhyesti selostetaan ehdotettujen säännösten vaikutukset. Osana muiden yhteiskunnallisten vaikutusten arviointia on muun muassa sosiaaliset ja terveysvaikutukset. Tässä luvussa viitataan muun muassa Stakesin julkaisemaan ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin materiaaliin sekä Stakesin antamaan tukeen arvioinnin suunnittelussa ja toteutuksessa. Oppaan vaikutusten tunnistamisen tarkistuslistassa on huomioitu muun muassa sosiaaliset ja terveysvaikutukset sekä vaikutukset yhdenvertaisuuteen, lapsiin ja suku-

puolten tasa-arvoon. Säädosvaikutusten arvioinnin uusien ohjeiden ensivaiheen toteutumisesta on arvioitu vuonna 2009¹⁶⁴. Arvioinnin mukaan ohjeiden soveltamisessa on vielä monia haasteita. Esimerkiksi tutkituista 46 hallituksen esityksestä puolesta (53%) ei selvinnyt oliko ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia tarkasteltu.

Stakes on tuottanut STM:lle käsikirjoituksen oppaaksi säädösvalmistelun muiden yhteiskunnallisten vaikutusten arvioimiseksi (ts. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioimiseksi).

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) -menetelmä kehitettiin Stakesissa vuosina 2003–2007 tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa ennakoarvioinnin työkaluksi kuntien päätöksentekoon. Lisäksi Stakes/THL on koostanut verkkosivustolle Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirjaa¹⁶⁵ vuodesta 2001 alkaen. Stakes/THL on kouluttanut ja tukenut kehittämistyötä useissa kunnissa ja esimerkiksi Lasten ja nuorten politiikkaohjelmassa. THL on laatinut myös erillisen työvälineen Lapsivaikutusten arviointiin kuntapäätöksissä¹⁶⁶

Vaikutusten ennakoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa -julkaisun¹⁶⁷ (2011) työstämiseen on osallistunut Kuntaliiton johdolla suuri joukko kuntia ja THL. Oppaan tarkoitus on vahvistaa kuntien päätöksenteon ennakoivaa ja kokonaisvaltaista huomioimista kunnallisessa päätöksenteossa. Kuntaliitto suosittelee, että kaikilla hallinnonaloilla päätösten valmistelussa ja päätöksenteossa tulee ottaa huomioon päätösten vaikutukset kuntalaisiin, ympäristöön, organisaatioon ja henkilöstöön sekä talouteen.

Kaste-ohjelman rahoittamassa Terveempi Pohjois-Suomi- ja Kanerva-kaste-hankkeissa (2008–2011) kehitetään kuntien sähköistä hyvinvointikertomusta ja tuetaan sen yhteydessä myös hyvinvointi- ja terveysvaikutusten ennakoarviointia.

SOVA-lain mukaisten vaikutusten arvioinnin tueksi on laadittu tukiaineisto, joka on saatavilla internetistä osoitteesta: www.ymparisto.fi/sova.

8.7.3 Yhteenveto

Joka neljäs vuosi eduskunnalle annettavassa sosiaali- ja terveystietomuksessa arvioidaan terveyden ja hyvinvoinnin tilaa ja sen parantamiseksi tehtyjä toimia eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveystietomusten sisältämä arviointi on ollut jälkikäteisarviointia, jota tulisi suunnata enemmän myös ennakoivasti tehtäväksi, esimerkiksi toteuttamalla hallitusohjelmaan kirjattujen painoalueiden ennakoarviointia tulevan sosiaali- ja terveystietomuksen pohjaksi.

Vaikka terveysvaikutusten ennakoarvioinnin velvoite on kirjattu kansanterveyslakiin vuonna 2005 ja terveydenhuoltolakiin vuonna 2010 se ei ole vielä tullut kiinteäksi osaksi kuntien toiminnan ja talouden suunnittelua ja päätöksentekoa. Vuoden 2011 kuntakyselyyn vastanneista kunnista ennakoarviointia tehtiin joillakin toimialoilla suunnitelmia ja ohjelmia valmisteltaessa joka kolmannessa kunnassa, kaikilla toimialoilla viidessä prosentissa kunnista. Lautakuntapäätösten valmistelussa ennakoarvi-

¹⁶⁴ Kauppinen T & Ståhl T Säädosvaikutusten arvioinnin laatu - esimerkkinä ihmisiin kohdistuvat vaikutukset hallituksen esityksissä. Oikeus 2009 (38); 2:188–196.

¹⁶⁵ Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja. Saatavilla: www.thl.fi

¹⁶⁶ Heinimäki L ja Kauppinen T. Lapsivaikutusten arviointi kuntapäätöksissä, Työväline kunnille lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseen sekä palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. THL 2010.

¹⁶⁷ Sundqvist S ja Oulasvirta L (toim.). Vaikutusten ennakoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa. Kuntaliitto 2011.

ointia teki joillakin toimialoilla kolmannes ja kaikilla toimialoilla kolme prosenttia kunnista. Kolmannes kunnista teki ennakkoarvioinnin kuntastrategiasta.

Ennakkoarvioinnin käyttöön ottaminen kunnissa edellyttää päätösten valmistelijoiden ja päättäjien koulutusta menetelmien käytöstä. Ennakkoarvioinnin soveltuvuutta kunnallisessa päätöksenteossa tutkineen väitöskirjan¹⁶⁸ mukaan soveltuvuuteen vaikuttavat kunnan kulttuuriset, organisatoriset ja ammatilliset tekijät. Tulevaisuusorientaatio, läpinäkyvyyden ja moniarvoisuuden hyväksyminen ja arviointia tukevien rakenteiden olemassaolo vaikuttavat arvioinnin käyttöönottoon. Toiminnalle tarvitaan koulutuksen lisäksi poliittista tukea, muutosjohtajuutta ja yhteistä näkemystä yhteisen työn kohteesta.

¹⁶⁸ Kauppinen T. 2011. Kuntien tulevaisuus haltuun. Ennakkoarvioinnin soveltamiseen vaikuttavat tekijät lautakuntapäätöksissä. THL. Tutkimus67/2011. Tampereen Yliopistopaino Oy.

9 PÄÄTÖKSEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN

Valtioneuvoston korostama toimintasuunta

34. *Laajasti eri hallinnonalat ja -tasot kattava seuranta toteutetaan nelivuotiskausittain annettavan Sosiaali- ja terveystietokertomuksen yhteydessä.*
35. *Terveyden edistämisen rakenteiden, voimavarojen ja toiminnan suuntaamisen ulkoinen arviointi toteutetaan yhteistyössä WHO:n kanssa vuonna 2001.*
36. *Kansallisen terveystietopolitiikan ulkoinen arviointi toteutetaan 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.*

Vuonna 2002 voimaan tulleen sosiaali- ja terveystietokertomuksesta annetun lain (879/2002) mukaan sosiaali- ja terveystietministeriö antaa neljän vuoden välein väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa sekä niiden parantamiseksi tehtyjä toimenpiteitä koskevan kertomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Kertomukset on julkaistu vuosina 2002, 2006 ja 2010.¹⁶⁹

Suomen sosiaali- ja terveystietministeriön pyynnöstä Maailman terveysjärjestön Euroopan Alue toimisto (WHO/EURO) arvioi Suomen terveyden edistämisen järjestelmää. Arvioinnin suoritti WHO/EURO:n kokoama asiantuntijaryhmä. Erityisen tärkeäksi nähtiin toimeenpanon johdonmukaisuus, lyhyen ja pitkän aikavälin politiikkaprosessien vaikutukset, uudistuksia edesauttaneet tekijät, toimien osuvuus, asianmukainen ajoitus sekä mahdolliset ennakoimattomat sivuvaikutukset ja tulevan kehityksen mahdollisuudet.

Arviointi osoitti että Suomen terveystietpoliittinen ajattelu ja suunnittelu olivat vahvalla pohjalla. Järjestelmässä kiinnitettiin huomiota kysymyksiin, joihin arviointiryhmä antoi seuraavanlaisia kehittämisohjeita. Hallinnonalojen välisen yhteistyön mekanismeja tuli kehittää edelleen ja vahvistaa strategista suunnittelua ja johtamista sekä kansanterveyden neuvottelukunnan roolia. Kuntien terveyden edistämistyön tukemiseksi tuli etsiä uusia keinoja ja huolehtia siitä että valtakunnallisen tason tehtävät helpottavat paikallista terveyden edistämistä. Terveystietvaikutusten ennakkoarviointia tulisi vahvistaa ja tutkimus- ja kehittämistyötä ohjata näyttöön perustuvan terveystietpolitiikan ja käytännön työn tarpeista lähteväksi.

¹⁶⁹ STM. Sosiaali- ja terveystietkertomus 2002. Sosiaali- ja terveystietministeriö. Julkaisuja 2002:11.
STM. Sosiaali- ja terveystietkertomus 2006. Sosiaali- ja terveystietministeriö. Julkaisuja 2006:4.
STM. Sosiaali- ja terveystietkertomus 2010. Sosiaali- ja terveystietministeriö. Julkaisuja 2010:1.

10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman taustalla ovat Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma, joka julkaistiin vuonna 1986¹⁷⁰ ja sen uudistettu yhteistyöohjelma vuodelta 1993¹⁷¹ sekä WHO:n globaali Health 21 -ohjelma¹⁷², joiden keskeisenä terveyspoliittisena lähtökohtana on ollut ”Terveys kaikissa politiikoissa” tavoite.

Valtioneuvoston periaatepäätöksenä annettu Terveys 2015 -kansanterveysohjelma valmisteltiin valtioneuvoston asettaman kansanterveyden neuvottelukunnan toimesta sosiaali- ja terveysministeriön johdolla. Valmistelussa kuultiin hyvin monipuolisesti eri politiikkalohkojen asiantuntijoita järjestämällä lukuisia teemakohtaisia asiantuntijaseminaareja ja kuulemistilaisuuksia eri puolilla maata sekä kokoamalla ohjelmatyön taustaksi asiantuntijoiden laatimia taustapapereita. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden tuli sisältyä eri hallinnonalojen ja organisaatioiden omiin ohjelmiin ja tavoitteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelman toteutumista kansanterveyden neuvottelukunnan johdolla ja arvioi tavoitteiden toteutumista nelivuotiskausittain eduskunnalle annetuissa Sosiaali- ja terveystietomuksissa.¹⁷³

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa kuvataan terveyspoliittisten yleisten haasteiden lisäksi kahdeksan määrällisesti mitattavaa päätavoitetta, joiden pohjalta määriteltiin seurantaindikaattorit Stakesin (THL) SOTKANet-tietokantaan. Näiden indikaattoreiden avulla arvioidaan ohjelman tuloksellisuutta pitkällä aikavälillä, vaikka tiedetäänkin että indikaattoreiden osoittamiin muutoksiin vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin tämä ohjelma.

Enemmistö suomalaisista lapsista ja nuorista voi hyvin ja heidän hyvinvointinsa on parantunut. Nuorten hyvinvointimittarit osoittavat muutoksia molempiin suuntiin. Seurantaindikaattoreiden mukaan suhteellinen köyhissä perheissä asuvien lasten osuus on kasvanut. Samanaikaisesti toimeentulotukea saavien lapsiperheiden osuus on vähentynyt, mutta osuus on jälleen vuosikymmenen lopulla kääntynyt kasvuun. Lasten huostaanotot ovat lisääntyneet koko vuosikymmenen ajan. On viitteitä siitä, että köyhyys ja toimeentulo-ongelmat ovat syventyneet pitkään köyhyyydessä eläneiden joukossa.

Koulukiusaamista ei ole saatu vähenemään, tupakointi on vuosikymmenen aikana vähentynyt noin viisi prosenttiyksikköä, mutta vuoden 2015 tavoitteeseen on vielä matkaa. Päihteiden käyttö on nuoremmissa ikäluokissa vähentynyt mutta kasvanut 16- ja 18-vuotiaiden tyttöjen joukossa. Sallivuus huumeiden käytössä on kasvanut ja yleistymässä. 2000-luvun alun positiivinen kehitys huumekekeilujen määrässä on vuosikymmenen lopulla pysähtynyt ja huumekekeilut ovat jälleen alkaneet lisääntyä. Nuorten miesten tapaturmat eivät ole myöskään vähentyneet.

Työolot ja kokemus työssä jaksamisesta ovat hieman parantuneet. Myös ikäihmisten toimintakyky on hitaasti parantunut koko vuosikymmenen ajan. Eliniän odote

¹⁷⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

¹⁷¹ Sosiaali- ja terveysministeriö. 1993. Terveyttä Kaikille vuoteen 2000: Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

¹⁷² WHO. HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for all Series, No.6. WHO Regional Office for Europe Copenhagen.

¹⁷³ STM. Sosiaali- ja terveystietomus 2002. STM. Julkaisu 2002:11; Sosiaali- ja terveystietomus 2006. STM. Julkaisu 2006:4 ja Sosiaali- ja terveystietomus. STM Julkaisu 2010:1.

kasvaa, mutta erot väestöryhmien välillä ovat edelleen suuret, jopa hieman kasvaneet. Sosiaaliryhmien välillä raportoidaan eroja kuolleisuudessa, pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydessä, mielenterveydessä, sairauksien biologisissa riskitekijöissä ja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa¹⁷⁴.

Terveys 2015 -indikaattoreiden avulla luodaan yleiskuva lasten, nuorten, työikäisten ja ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden kehittymisestä sekä terveyskokemuksista. Hyvinvointipalvelujen saatavuudesta ja toimivuudesta nämä seurantaindikaattorit eivät anna kuvaa. Seurantaindikaattorit eivät myöskään vastaa selkeästi tavoitteeseen ”lisää elämää vuosiin” eli ne eivät kuvaa elämän laatua tai osallisuutta, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä.

Valtioneuvoston asettamat Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaiset toiminnan linjaukset jäsentävät terveyspoliittisia tavoitteita yhtäältä elinkaariajattelun mukaan ja toisaalta toimintaympäristöille asetettujen tehtävien mukaan. Elinkaaren mukaan linjaukset jaetaan lapsiin ja nuoriin, työikäisiin ja ikäihmisiin. Toimintaympäristön linjauksissa tarkastellaan kuntaa, terveydenhuoltojärjestelmää, elinkeinoelämää, järjestöjä ja kansalaistoimintaa, tutkimusta ja koulutusta sekä kansainvälistä toimintaa. Yhteistä lähestymistavoille on poikkihallinnollisten toimintatapojen etsiminen ja yhteistyön merkityksen korostaminen. Arvioimalla toiminnan linjausten toteutumista luodaan kuva siitä, miten ohjelman tuloksellisuuteen on pyritty vaikuttamaan välillisesti.

Ohjelmakauden aikana on tehty runsaasti lainsäädännöllisiä uudistuksia sekä annettu asetuksia ja suosituksia, joiden tavoitteet ovat olleet linjassa Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden kanssa. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä on toteutettu tai vähintään aloitettu kansallisia ohjelmia lähes kaikkien keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisemiseksi, hoidon kehittämiseksi tai komplikaatioiden vähentämiseksi (sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden häiriöt, alkoholisairaudet ja muut riskikäytöstä aiheutuvat ongelmat ja allergia). Vuosikymmenen aikana hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ollut näkyvästi esillä poliittisessa päätöksenteossa ja perinteisen ohjelmaohjauksen rinnalle on otettu käyttöön laatusuosituksia ja hanketoimintaa kokoavia politiikkaohjelmia sekä pieniä kehittämishankkeita kokoavia alueellisia kehittämisohjelmia, joita on informaatio-ohjauksen ohella ohjattu myös resurssiohjauksen keinoin. Ohjelmakaudella on tehty myös paljon kansanterveyttä selvittävää ja tukevaa tutkimusta.

On kuitenkin vaikeaa arvioida näiden toimenpiteiden todellista vaikutusta väestön terveyden paranemiseen tai eriarvoisuuden vähenemiseen. Vain hyvin harvoja näistä toimenpiteistä tai hankkeista on arvioitu siinä määrin, että niiden suoria tai välillisiä vaikutuksia kansanterveyteen voitaisiin raportoida. Suuri osa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman seurantaindikaattoreista on kehittynyt haluttuun suuntaan, mutta monien indikaattoreiden yhtymäkohdat ohjelman tavoitteisiin ja erityisesti spesifiin toimeenpanokohtiin ovat epäselviä.

Terveys 2015 -ohjelman kehittämiseen pätevät hyvin Kaste-ohjelman arvioinnissa esiin tuodut yleiset ohjelmatoiminnan kehittämisen näkökohdat. Ohjelmakokonaisuuksista tulisi luoda sisällöllisesti suurempia ja hankevalmisteluprosesseja tulisi kehittää entistä enemmän yhdessä hanketoimijoiden, asiantuntijaorganisaatioiden sekä rahoittajien kanssa. Yleensä kehitettävien hankkeiden tulisi olla ajallisesti kestoaltaan pidempiä ja sisältää myös tarvittavien toimenpiteiden juurruttamisen. Hankkeille tulisi järjestää riittävä tukiverkosto ja tukimateriaaleja, jotta hankkeet voivat paremmin päästä yli projektimaiselle kehittämiselle tyypillisistä ongelmista. Arvioinnin

¹⁷⁴ STM: Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Julkaisuja 2010:1.

kehittämiseksi tulisi luoda koko ohjelman ajan hankkeille ja ohjelman hallinnoinnille tietoa antava arviointijärjestelmä. Näihin näkökohtiin on kiinnitetty erityistä huomiota Kaste II -ohjelman valmistelussa.

Tutkimuksessa kansainvälinen yhteistyö ja vaikuttaminen Euroopan Unionin tukeman tutkimuksen ja tutkimusohjelmien lähtökohtiin ja suuntautumiseen sekä WHO/Euro:n kuin WHO:n alaisten keskusten ja yksiköiden terveyspolitiikan tutkimukseen ja tutkimusyhteistyöhön on edelleen merkittävää. Kansallisella tasolla on tarvetta vahvistaa myös terveyspolitiikan tutkimusta osana pohjoismaista yhteistyötä.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat keskeisiä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toimeenpanijoita. Ohjelman toteutumista on arvioitu kuntien eri hallinnonaloille tehtyjen kyselyjen perusteella. Kyselyihin perustuva kuntien toimialakohtainen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä, verkkopalveluna toimiva THL:n toteuttama TEAviisari kertoo tällä hetkellä perusterveydenhuollon, perusopetuksen, liikuntatoimen ja kuntajohdon terveyden edistämisen aktiivisuudesta. Vertailutietoja on perusterveydenhuollosta vuosilta 2008 ja 2010, perusraportissa¹⁷⁵ tietoja myös vuodelta 2005, perusopetuksesta lukuvuodelta 2008–2009¹⁷⁶, liikuntatoimesta 2010¹⁷⁷ ja kuntajohdosta vuodelta 2011, perusraportissa¹⁷⁸ on tietoja myös vuosilta 2004 ja 2007.

Miten Terveys 2015 -ohjelmaa on käsitelty terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa ja johtoryhmässä? TEAviisari pisteyttää käsittelyn sen mukaan, onko ohjelma jaettu tiedoksi, esitelty vai käsitelty ja onko se johtanut päätöksiin. Vuonna 2010 luottamushenkilöhallinnossa käsittelystä saatu pistemäärä oli 46 ja terveyskeskuksen johtoryhmässä 63 (maksimipisteet 100). Kun ohjelman toteutusta tarkastellaan tavoitetohtaisesti, luvut kasvavat selvästi. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kaikki kahdeksan tavoitetta sisältyivät kolmessa terveyskeskuksessa neljästä niiden toiminta- ja taloussuunnitelmiin. Yksittäisten tavoitteiden esiintyminen terveyskeskusten toiminta- ja taloussuunnitelmissa jakaantui esiintymistiheyden mukaan seuraavasti: lasten hyvinvointi ja terveydentila paranee (94 %), yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee (93 %), tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen säilyy (91 %), lasten turvattomuus vähenee, nuorten tupakointi vähenee ja väestöryhmien väliset terveyserot pienenevät (jokainen 83 %), työikäisten työ- ja toimintakyky paranee (81 %), nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö eivät ole yleisempää kuin 1990-luvulla (76%), työikäisten työelämän olosuhteet paranevat (57%) ja nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee (44%).

Kuntajohdon kyselyn mukaan vuonna 2011 vastaavien tavoitteiden esiintyminen kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa oli keskimäärin 66 prosentilla kunnista. Kolme useimmin esiintyvää tavoitetta olivat lasten hyvinvoinnin ja terveyden tila paranee (91 %), yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee (89 %) ja lasten turvattomuus vähenee (85 %). Myös kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmissa painottui vähiten tavoite nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee (29 %).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vaikka Terveys 2015 -kansanterveysohjelma ei esiinny läheskään kattavasti kuntien päätösasiakirjoissa, ohjelman sisältämät tavoitteet ovat keskeisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita kuntapolitiikas-

¹⁷⁵ Rimpelä ym. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. THL. Raportti 19/2009.

¹⁷⁶ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/teaviisari

¹⁷⁷ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/teaviisari

¹⁷⁸ Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V ja Vuori M, 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL. Raportti 55/2011. Tampere

sa. Koska samoihin päämääriin on 2000-luvulla pyritty muidenkin ohjelmien ja hankkeiden tukemana, ohjelmien sisällöllisten asioiden kehittäminen on olennaisesti tärkeämpää kuin tunnistaa itse ohjelmat. Toinen asia on arvioida, ovatko valtakunnalliset toimenpiteet ja kuntien toiminta olleet vaikuttavia. Miten kuntia tulisi tukea ja ohjata, jotta kansalliset tavoitteet saavutettaisiin?

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteissa ei hyvinvoinnin ja terveyden seurantatiedon ja tietojärjestelmien kehittäminen nouse esiin juurikaan muualla kuin lasten ja nuorten terveyden toiminnan linjauksissa. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa ja niihin vaikuttavien tekijöiden muutoksien seuranta on ohjelmakauden aikana lähdetty kehittämään aluksi painottaen lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoriin ja edelleen systemaattisten seurantajärjestelmien kehittämiseen. Esimerkkejä näistä ovat hyvinvointi-indikaattoreiden kehittäminen SOTKANet-tietokantaan, hyvinvointikertomusten kehittäminen ja mallintaminen kuntien kanssa sekä erilaisten verkkoportaalien kehittäminen kansalliseen käyttöön. Seurantajärjestelmien kehittämistyö on vahvistunut ohjelmakauden viimeisinä vuosina. Tähän asiaan on sittemmin paneuduttu painokkaasti myös uudessa Kaste-ohjelmassa (2012–2015).

Ohjelmien toimeenpanon kansallisissa tuessa on raportoitu olleen heikkouksia. Normi- ja voimavaraohjauksen purkaututtua 1990-luvun alkupuolella kunnat ja alueelliset toimijat ovat kokeneet usein jääneensä yksin lainsäädännön velvoitteiden ja paikallisen kehittämistyön tarpeiden kanssa. Kehittämishankkeet ovat olleet pieniä ja usein kuntakohtaisia ja näin kokonaisuutena paljon voimavaroja kuluttavia. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste, on lähtenyt vahvistamaan alueellista kehittämistyötä samalla, kun se on lähtenyt kokoamaan eri ohjelmien tavoitteita ja paikallisia kehittämisen tarpeita. Jatkossa Kaste-ohjelmasta tulee kansallinen pääohjelma ja Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet integroituvat kehittämistyössä Kaste-ohjelman sisälle. Kaste-ohjelma profiloituu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmana, jossa poikkihallinnollinen yhteistyö on erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta olennaista. Terveys 2015 -ohjelman profiloituminen erityisesti 'Terveys kaikissa politiikoissa' ideologian mukaisesti kaikkien hallinnonalojen yhteisenä ohjelmana on edelleen tarpeellinen.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutuksessa vuosikymmenen aikana on onnistuttu monella tavalla. Toiminnan kartoituksen perusteella voidaan todeta että kansanterveystavoitteiden edistämiseksi on toimittu laajalla rintamalla, monialaisesti ja moniammatillisesti samoihin tavoitteisiin yhdessä pyrkien. Toiminta on konkretisoitunut lainsäädäntönä, ohjelmoina, oppaina, suosituksina ja hankkeina, jopa siinä määrin että vähitellen on ollut tarvetta jäsentää ohjelma- ja hankemaaailmaa suurempiin kokonaisuuksiin. Myönteistä on ollut se, että toimijoiden joukko on kasvanut ja vuorovaikutteisuus vertikaalisesti valtionhallinnon, aluehallinnon ja kuntien eri toimialojen välillä vahvistunut.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa on yhdeksi linjaukseksi nostettu terveysvaikutusten ennakkoarviointi, johon myös kansanterveyslaki ja edelleen terveydenhuoltolaki velvoittavat. Ennakkoarvioinnin käytännöt ovat vielä varsin vähän rutiinin omaisessa käytössä päätöksenteon tukena. Tämä osoittaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ajattelutapa, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman perustana oleva 'Terveys kaikissa politiikoissa' ei ole vielä juurtunut käytännöksi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tarvitsee kunnissa, kuntayhtymissä ja valtionhallinnossa pysyvät rakenteet poikkihallinnollisen toiminnan toteutumiseksi. Kaikkien hallinnonalojen tulee olla tietoisia ja kyetä vaikuttamaan kansanterveyden tuleviin haasteisiin; ylipäätteen liittyviin ongelmiin, päihteiden käytön kasvuun, lasten, nuorten ja lapsiperheiden

den hyvinvointiin liittyviin haasteisiin, työhyvinvointiin ja ikääntymiseen liittyvään toimintakyvyn ylläpitämiseen.

10.2 JATKOTOIMENPITEET

Sosiaali- ja terveystalouden strategia, Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, asettaa tavoitteeksi sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnasta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Strategian mukaan hyvinvoinnille on luotava vahva perusta, kaikilla on oltava mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristön tulee tukea terveyttä ja turvallisuutta. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman mukaan ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan”. Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu on Terveys 2015 -kansanterveysohjelman peruserä.

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste) toinen ohjelmakausi (2012–2015) on käynnistymässä. Kaste on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, jossa määritellään sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet sekä kehittämis-toiminnan ja valvonnan painopisteet. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma asettuu Kaste-ohjelman kehikseen sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen yhteistyökumppanien osalta, mutta kattaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintakentässä laajemmin myös muiden hallinnonalojen ja muiden toimijoiden vaikutusmahdollisuudet.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ikäryhmäkohtaiset ja kaikille yhteiset tavoitteet ovat edelleen merkityksellisiä ja ajankohtaisia. Ohjelmakauden lopulla kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että HiAP -periaate, terveysnäkökohtien huomioon ottaminen kaikessa päätöksenteossa konkretisoituu eri hallinnonalojen toiminnassa ja että tavoite väestöryhmien välisten terveyserojen vähenemisestä toteutuu. Painotukset otetaan huomioon lainsäädännössä, sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla laitosten ja aluehallinnon toiminnassa, muiden ministeriöiden toiminnassa, Kaste-ohjelman hanketyössä sekä kuntien ja alueiden toiminnassa poikkihallinnollista yhteistyötä vahvistaen.

Meneillään olevan ohjelmakauden aikana arvioidaan toteutetun hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Samalla valmistellaan eri hallinnonalojen toimintaa kattavat kansanterveyden, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pitkän aikavälin kehittämisen linjaukset, joiden lähtökohtana on ”Terveys kaikissa politiikoissa” -periaate sekä eriarvoisuuden ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Painotuksissa otetaan huomioon myös WHO:n Health 2020 -ohjelman linjaukset.

Terveyden edistämisen määräraha vuosina 2001–2011

Vuosi	Järjestöt	Kunnat	Tutkimus	Stakes	KTL	Muut	Yhteensä
2001	2 450 000	718 000	792 000	800 000	510 000	2 080 000	7 350 000
2002	2 926 000	777 000	840 000	849 000	477 000	1 276 000	7 145 000
2003	3 257 000	706 000	683 000	977 000	587 000	1 340 000	7 550 000
2004	3 069 000	817 000	893 000	1 098 500	820 000	852 500	7 550 000
2005	3 277 000	862 000	773 000	913 000	783 000	942 000	7 550 000
2006	3 127 000	883 000	590 000	1 020 000	750 000	1 130 000	7 500 000
2007	4 313 000	1 369 000	923 000	1 041 000	782 000	872 000	9 300 000
2008	3 985 000	1 332 000	885 000	1 435 000	809 000	1 154 000	9 600 000
2009	4 210 000	1 486 000	801 000	1 300 000	800 000	703 000	9 300 000
2010	468 000	1 822 000	1 108 000	-	-	702 000	4 100 000
2011	961 000	2 224 000	1 259 000	-	-	756 000	5 200 000

Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistettiin 1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi. Vuonna 2010 RAY rahoitti järjestöjen terveyden edistämisen hankkeita noin 3 200 000 eurolla. Vuonna 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen omien terveyden edistämisen hankkeiden rahoitus 2 000 000 siirrettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen talousarvioon eikä niitä enää rahoitettu terveyden edistämisen määrärahasta.

Kohtaan muut sisältyy vuosina 2001–2009 sosiaali- ja terveysministeriön, Työterveyslaitoksen, Tilastokeskuksen, lääninhallitusten ja valtionhallinnon muiden toimijoiden hankkeet.

Kohtaan muut sisältyy vuonna 2010 Työterveyslaitoksen, Tilastokeskuksen, aluehallintovirastojen ja sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet.

Kohtaan muut sisältyy vuonna 2011 Työterveyslaitoksen ja aluehallintovirastojen hankkeet.

Ministeriöiden painottamat toimintapolitiikat/toiminnot hyvinvoinnin terveyden edistämiseksi vuosina 2002-2005. (Lähde: Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006.)

Ministeriöt	Toimintapolitiikat/ strategiat/ muut toiminnot
Kauppa- ja teollisuusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvoinnin ja terveyden teknologiaohjelmat • TE-keskusten tuki sosiaali- ja terveydenhuoltoyrityksille • Kuluttajapolitiittinen ohjelma kansalaisten asemaa turvaamassa • Suositus lasten elintarvikkeiden markkinointiin • Kyläkauppojen investointiavustus
Liikenne- ja viestintäministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Melun ja päästöjen torjunta • Liikenneturvallisuuden kehittäminen • Kävelyn ja pyöräilyn edistäminen • Liikennejärjestelmän kehittäminen esteettömäksi • Esteettömien ja turvallisten viestintä- ja tietoyhteiskuntapalvelujen kehittäminen
Maa- ja metsätalousministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Elintarviketurvallisuuden kehittäminen • Tarttuvien tautien ehkäisy (eläimistä ihmisiin tarttuvat taudit, esim. BSE) • Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon (2005) • Kotieläintalouden ja elintarviketeollisuuden puhtaan veden turvaaminen • Maaseudun elinvoimaisuuden edistäminen
Oikeusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Vankeinhoidon rakenteiden uudistukset, tavoitteena erityisesti yhteiskuntaan integroitumisen edistäminen ja uusintarikollisuuden vähentäminen • Vankien terveydenhuollon kehittäminen • Väkivallan vastainen ohjelma • Maksuhäiriöpolitiikan ja velkahallinnan kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> o sosiaalisen ja taloudellisen syrjäytymisen ehkäiseminen o "harmaan talouden" vastustaminen • Kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen
Opetusministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Terveystieto määrättiin perusopetuksen oppiaineeksi joulukuussa 2001 • Perusopetuksen erityisopetuksen kehittäminen integraation edistämiseksi • Perusopetuksessa on laadittava oppilashuollon suunnitelma yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (Opetussuunnitelman perusteet 2004) • Peruskoulun päättäneiden työttömien nuorten työpaja-toiminta • Nuorten päihde- ja huumetyön tukeminen • Korkeakoulujen ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden hyvinvointiselvitykset ja niihin perustuvat hankkeet • Ikääntyneiden yliopisto • Lasten ja nuorten liikkumismahdollisuuksien ja terveysliikunnan tukeminen • Kirjastojen, taide- ja kulttuuripalvelujen esteettömyyden ja tasa-arvoisen saavutettavuuden edistäminen

Puolustus- ministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa-arvoisen ja syrjimättömän ympäristön kehittäminen varusmiehille ja henkilöstölle • Asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisy • Asevelvollisten terveystarkastusjärjestelmän kehittäminen • Henkilöstön ja asevelvollisten päihdeohjelma • Varusmiesten ylipainon ehkäisy
Sisäasiain- ministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Paloturvallisuuden kehittäminen mm. lasten aiheuttamien tulipalojen ehkäisy • Toimintakyvyltään rajoittuneiden henkilöiden asumis- turvallisuuden kehittäminen • Koulujen yhteisöllisyyden ja turvallisuuden edistäminen • Lähiverkkopoliisitoiminta erityisesti nuorten päihteiden käytön vähentämiseen • Perheväkivallan ehkäisyohjelma • Kuntademokratian kehittämishanke • Ulkomaalaislain uudistus korostaa mm. lapsen edun huomioimista • Sosiaali- ja terveystoimen kiireellisten hätäpuhelujen keskittäminen valtion ylläpitämiin hätäkeskuksiin
Työministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Vammaisten ja vajaakuntoisten työttömien ammatillisen kuntoutuksen kehittäminen • Sosiaaliset yritykset vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistäjäksi • Nuorten yhteiskuntatakuu • Työvoimapalvelujen rakenneuudistus vaikeasti työllistytävien työttömien aktivoimiseksi • Työelämän tutkimus- ja kehittämisohjelmat työntekijöiden hyvinvoinnin edistäjinä ja ylläpitäjinä
Ulkoasiain- ministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Kriisivalmiuden kehittäminen • Kansainvälisten lapsikaappaustapausten ehkäisy • Terveiden huomioiminen ulkomaankauppapolitiikan sopimuksissa <ul style="list-style-type: none"> o Kaikilla WTO:n jäsenmailla oikeus asettaa ihmisten, eläinten ja ympäristön terveyden turvaamiseksi tarvittavat määräykset haluamalleen tasolle o Kehitysmaatuonnin EU:hun ja Suomeen edistämisen parantamalla kehitysmaiden mahdollisuuksia noudattaa EU:n SPS-määräyksiä o TRIPS-sopimuksen muutoksen hyväksyminen - mahdollistaa pakkolisenssillä valmistettujen lääkevalmisteiden viennin niihin kehitysmaihiin, jotka eivät itse pysty riittävästi lääkkeitä valmistamaan
Valtiovarain- ministeriö	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholiveron sopeuttaminen tilanteeseen, jossa matkustajatuonnin määrän rajoitukset poistuivat • Laittomien alkoholi- ja tupakkatuotteiden maahantuonnin estäminen • Huumaus- ja dopingaineiden salakuljetuksien estäminen • Maahantuotavien elintarvikkeiden ja tuotteiden turvallisuuden valvonta